

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
FACULTAD DE ECONOMÍA**

**Disertación previa a la obtención del título de
Economista**

***Análisis y evolución de la inversión en el sector salud, en
el Ecuador, en el período comprendido entre el año 2002 y
el año 2010***

Alejandro Cisneros Garzón
Alejop171002@hotmail.com

Director: Eco. Carlos Reinoso
careinoso@puce.edu.ec

Quito, mayo de 2013

Resumen

La presente disertación analiza la evolución de la inversión en la Salud en Ecuador en el periodo 2002-2010, como uno de los elementos necesarios para el desarrollo y bienestar de la nación. En primer lugar se realiza una descripción de la salud como un derecho universal de todas las personas sin importar su nivel o clase social, una descripción de la relación existente entre economía y la salud y un detalle de los indicadores más relevantes y su situación actual en el Ecuador. Posteriormente se examina la inversión en el sector salud, la política fiscal con sus indicadores determinantes dentro de la sociedad, la política macroeconómica con un análisis del presupuesto general del estado y el papel que juega el sector salud en el mismo y sus recursos en este periodo de tiempo analizado. De igual forma se estudia la evolución del presupuesto de la salud en el Ecuador y la inversión realizada en educación para el cuidado y bienestar de la población. Adicionalmente se analiza al IESS (Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social) y su cobertura a la población afiliada, sus inversiones realizadas en infraestructura, equipamiento y medicamentos en este periodo. Por último, se establecen conclusiones y recomendaciones sobre los resultados de la inversión en la salud en Ecuador.

Palabras clave: Salud, valor de la salud, inversión en salud, presupuesto general del estado, pobreza, desnutrición, IESS (Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social).

A Dios, por guiar siempre mi camino, a mis padres, Bolívar y Mónica por la educación y los valores inculcados, a toda mi familia y mejores amigos, que han sido una fuente de apoyo e inspiración a lo largo de mi vida.

A Dios, mis padres, a mi hermano, a mi director de tesis Eco. Carlos Reinoso, a mis amigos y compañeros de trabajo, por toda su ayuda, guía y apoyo en todo momento.

Análisis y evolución de la inversión en el sector salud, en el Ecuador, en el período comprendido entre el año 2002 y el año 2010

Introducción	7
I: Metodología de trabajo	8
1.1. Antecedentes	8
1.2. Planteamiento del problema	9
1.3. Justificación.....	10
1.4. Objetivos	11
1.5. Procedimientos de trabajo	11
II: Fundamentación teórica	13
2.1. La salud.....	13
2.3. Indicadores de salud	20
2.4. Inversión	21
III: La inversión en el sector salud	24
3.1. Introducción.....	24
3.2 La salud en el Ecuador.....	24
3.3 Indicadores determinantes de la política fiscal	26
3.4 Política macroeconómica	33
3.5 Supuestos economicos	40
3.6 La política fiscal.....	40
3.7. Política de programación presupuestaria.....	47
3.8. Lineamientos generales.....	48
3.9. Lineamientos específicos	48
IV: Evolución del presupuesto general del estado asignado al sector de la salud	56
4.1. Introducción.....	56
4.2. Indicadores analíticos de la inversión en el sector salud en el Ecuador.....	56
4.3. Recursos del sector salud	65
4.4. Inversión y evolución del presupuesto en salud 2002-2010.....	68
4.5. Desarrollo del sector salud en el país.....	69
4.6. Inversión en educación para la salud en período 2002-2010.....	74
V: Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social y su inversión en salud	80
5.1. Introducción.....	80
5.2. Resena historica del IESS.....	80
5.3. Afiliados en actividad.....	81
5.4. Población protegida.....	82
5.5. El IESS en la salud.....	82
5.6. Presupuesto en salud en el IESS entre 2002-2010	84
5.7. Inversión hospitalaria y equipamiento del IESS en salud.....	90
Conclusiones.....	94
Recomendaciones.....	96
Referencias bibliográficas	97
Anexos	99

Anexo A.....	99
Anexo B.....	100
Anexo C.....	101
Anexo D.....	102
Anexo E.....	103
Anexo F.....	104
Anexo G.....	105

Introducción

La salud, definida como un completo estado de bienestar y siendo elemento básico necesario para el mejoramiento continuo y condición necesaria para el desarrollo de una nación, implica una continua revisión y actualización de sus variables e indicadores; así, el presente trabajo estudia los cambios y evolución de la inversión en la salud en el Ecuador y sus perspectivas futuras durante el período 2002-2010.

Este documento está estructurado en cuatro capítulos que, en resumen, enfocan los siguientes aspectos:

La sección I recoge aspectos generales del estudio como la metodología de trabajo, preguntas de investigación, objetivos, justificación, entre otros.

La sección II abarca el marco teórico que sustenta la investigación. Los temas principales abordados son la economía de la salud y el análisis estructural, que incluye definiciones, determinantes de la oferta y demanda de salud, la relación estrecha que existe entre la economía y la salud, el valor de la salud, salud y desarrollo y sus indicadores más determinantes.

La sección III constituye un análisis de la inversión en el sector salud en el periodo determinado para el estudio, con una investigación de los indicadores más importantes en la aplicación de las políticas fiscales y monetarias así como la política macroeconómica.

La sección IV comprende la evolución del Presupuesto General del Estado en el sector salud con sus indicadores analíticos, los recursos asignados y el desarrollo de este sector en el Ecuador, así como también la inversión en educación para la salud.

La sección V analiza al Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) ya que es una de las instituciones que tienen un sistema mixto de contribución entre el Estado y el afiliado y posee una amplia cobertura, se estudia el presupuesto asignado por el IESS al sector salud y sus inversiones tanto en infraestructura, equipamiento, personal, medicamentos e insumos médicos adquiridos, lo que representa un crecimiento sustancial en la población atendida por esta institución pero que aún sigue siendo insuficiente.

Finalmente se exponen conclusiones y recomendaciones derivadas de la investigación desarrollada, donde se puede observar y comprobar que la inversión social en salud realizada en los últimos años ha tenido un crecimiento muy significativo respecto a años anteriores. El Estado a través del Ministerio de Salud Pública impulsa varias inversiones en todo el país en infraestructura, recursos humanos y equipamiento implementando nuevos modelos de gestión para obtener mayor eficiencia y buena calidad en el servicio prestado.

I: Metodología de trabajo

1.1. Antecedentes

En los últimos años se ha podido evidenciar un mejoramiento de las condiciones de salud de la población ecuatoriana; sin embargo, aun se registran tasas elevadas de mortalidad neonatal, infantil, materna y general, generadas en muchos casos por problemas de salubridad, falta de la adecuada prevención y educación desde el punto de vista de la demanda. De igual manera aún existen, deficiencias en infraestructura, equipamiento, recursos humanos y algunas limitaciones que crean una demanda insatisfecha en los servicios de salud públicos y privados, desde el punto de vista de la oferta. Según la Organización Mundial de Salud (OMS), el Ecuador para el año 2005 tuvo un gasto total per cápita en salud de 274,0 dólares¹.

La inestabilidad política que tuvo nuestro país desde 1996 hasta el año 2006 fue perjudicial para la economía del país; incluso llegó a desestabilizar algunas de las instituciones del Estado. Situación que unida a la crisis de legitimidad de las mismas, limitaron la capacidad de las instituciones nacionales de salud para prestar servicios con eficiencia, eficacia y equidad a los grupos más vulnerables de la población.

Actualmente, el acceso a los servicios del sistema de salud del Ecuador se caracteriza por estar segmentado: por un lado se encuentran las personas con mayores niveles de ingresos y educación, que tienen mayor posibilidad de acceder a instituciones privadas de salud (25-30% de la población ecuatoriana²). Por otro, se localiza una población con escasos recursos, que depende del sistema nacional de salud pública y de la intervención del Estado para prevenir y atender sus patologías, pese a los grandes esfuerzos realizados por este gobierno de ampliar la cobertura de salud y mejorar muchos de sus servicios, aun la demanda sigue siendo mayor a la oferta en servicios de salud, razón por la cual políticas públicas en temas de salud son necesarias para conseguir una estabilidad en el sector.

Tanto la salud como la educación son esenciales para el desarrollo del Ecuador, puesto que junto a las demás variables que conforman el Índice de Desarrollo Humano (IDH), dan un panorama de la situación económica y social del país. Así, el IDH para el Ecuador en el año 2006 es de 0,807, que coloca al país en el puesto 72 de la tabla de países medidos a través de este índice³. Valor que representa un nivel de desarrollo medio.

¹WORLD HEALTH ORGANIZATION, *Core health indicators*, (Es), http://www.who.int/whosis/database/core/core_select_process.cfm?country=ecu&indicators=nha&language=es. Acceso: 12 de noviembre de 2008, 02h15.

²ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, *Desigualdades en Salud - Ecuador*, <http://www.paho.org/Spanish/HDP/HDD/HojaResumenEcua.pdf>. Acceso: 20 de diciembre de 2011, 10h00.

³INTERNACIONAL DEVELOPMENT INDICES, *Human development indices*, http://hdr.undp.org/en/media/HDI_2008_EN_Tables.pdf. Acceso: 20 de diciembre de 2012, 15h42.

1.2. Planteamiento del problema

La inversión en el sector de la salud ha ido mejorando paulatinamente, y en los últimos seis años con mayor aceleración, debido a las grandes asignaciones presupuestarias por parte del Estado para atender dicho sector que fue uno de los mas desatendidos por gobiernos anteriores, realizando cambios y mejoras que nunca antes se realizaron, como la modernización y renovación de la tecnología en equipamiento médico, la remodelación de la mayoría de la infraestructura que posee el Ministerio de Salud, así como la construcción de nuevas unidades medicas en el país y los cambios paulatinos en el modelo de gestión de administración de las unidades medicas para conseguir un adecuado servicio con eficiencia e igualdad.

Por la gran importancia que tiene la salud para mejorar la calidad de vida de la población, el gobierno de Rafael Correa incremento el presupuesto destinado a este sector, que pasó de 115,5 millones de dólares en el año 2000 a un nivel de USD 1244 millones en 2010.⁴, un incremento de más de mil millones de dólares en 10 años, lo que demuestra la gran relevancia que el actual gobierno ha dado a este sector.

Pero pese a estos grandes esfuerzos aún existe mucho en que mejorar, como la calidad de los servicios de salud, la educación a la población para la prevención de enfermedades, la falta de centros de atención primaria de salud para evitar las grandes aglomeraciones en los hospitales públicos de las grandes ciudades, un adecuado sistema informático que permita conectar a todas las unidades de la red nacional de Salud para tener información estadística a nivel nacional siempre actualizada, lo que permitirá determinar puntos críticos y focalizar esfuerzos para mejorar los aspectos mas importantes.

Aún existen problemas fundamentales en la organización, gestión y financiamiento del sector salud para garantizar un acceso equitativo a servicios de salud. El presupuesto para las acciones de salud sigue siendo insuficiente. Además, subsiste la falta de coordinación de las instituciones y la centralización de las decisiones sobre asignación de recursos.

Preguntas de investigación

¿Cómo ha evolucionado la inversión económica en el sector salud entre los años 2002 y 2010 y cuáles han sido sus consecuencias?

¿Cuál ha sido la inversión en el sector salud de los gobiernos anteriores al actual?

¿Cuáles son los factores más importantes que forman parte de la inversión en el sector salud en el Ecuador?

¿Cómo se puede analizar el sector salud con otros factores de la economía pública para comprobar la efectividad de la inversión en dicho sector y la mejora de la calidad de vida de la ciudadanía?

⁴OBSERVATORIO DE LA ECONOMIA LATINOAMERICANA, *Situación de la salud en el Ecuador*, <http://www.eumed.net/cursecon/ecolat/ec/2007/gvd-salud.htm>. Acceso: 21 de diciembre de 2011, 16h00.

¿Cuál ha sido la inversión por parte del IESS entre el año 2002 y 2010 en el sector salud y sus beneficios?

Delimitación del problema

Puesto que el sector salud es vital para el desarrollo del Ecuador, la presente investigación se centrará en la evolución de la inversión del sistema de salud a nivel nacional. De esta manera, se podrá conocer más a fondo su estructura, sus falencias y las posibles reformas requeridas para mejorar su funcionamiento. El marco temporal que se tomará de referencia para el estudio será 2002 al 2010

1.3. Justificación

En todo el mundo, mueren cada año 35 millones de personas debido a enfermedades cardiovasculares, carcinomas, diabetes y dolencias respiratorias crónicas. El 80% de los fallecimientos atribuidos a enfermedades crónicas ocurren en países con ingresos bajos y medios. Se prevé que la carga de las enfermedades crónicas crezca sustancialmente en el futuro⁵.

En la mayoría de los países de Sudamérica, así como en el Ecuador, el sistema del Seguro Social (IESS para el caso ecuatoriano) está colapsado, debido al sometimiento de un gran esfuerzo médico y financiero que ha mantenido a los y las afiliadas en espera para ser atendidos en lapsos superiores a los 15 días. Adicionalmente, según la Organización Internacional del Trabajo (OIT) para el año 2006 solo el 18% de los y las ecuatorianos estaban afiliados al seguro social, lo que implica que será el Estado y los seguros privados, quienes atenderán al restante grupo de población.

Siendo que es el Estado el garante de la salud de los y las ecuatorianas, es necesario saber cuál es la evolución de la inversión en el sector de la salud y cómo se ha ido incrementando el presupuesto para cubrir esta necesidad durante los últimos años, lo que podrá reflejar la importancia que da el Estado al buen vivir de sus ciudadanos.

Aparte de lo indicado, es necesario analizar otros factores macroeconómicos ligados con la inversión en la salud, como pueden ser: los ingresos per cápita (mayor ingreso – mejor salud), la educación (mejor educación – mejor salud), los servicios públicos (mejor agua – mejor salud), y el saneamiento ambiental (mejor ambiente - mejor salud), los cuales también aportan a una buena salud y son parte de la inversión que hace o debe hacer el Estado para promover la salud de los y las habitantes.

⁵ OMS/AISS, “*Informe sobre la inversión en la salud de los ciudadanos, Inversión en salud*”, Informe técnico No. 10 de <http://issa.int/esl/content/download/40634/790391/.../TR-10-3.pdf> [Consulta: 13/03/2012] .

1.4. Objetivos

Objetivo general

Realizar un análisis y evaluación de la inversión en el sector salud en el Ecuador durante el período comprendido entre el año 2002 hasta el 2010.

Objetivos específicos

- Determinar la importancia del sector de la salud en la economía nacional utilizando indicadores macroeconómicos.
- Investigar la evolución del presupuesto del estado en el sector de la salud durante el período 2002 al 2010.
- Analizar los principales indicadores del sector salud con respecto a otros factores macroeconómicos como: ingreso per cápita, educación, servicios públicos y saneamiento ambiental.
- Analizar la inversión realizada por el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social ya que es una entidad que tiene gran injerencia en el sector Salud.

1.5. Procedimientos de trabajo

Tipo de investigación

El presente estudio es de carácter descriptivo-analítico, es decir, siguiendo las etapas metodológicas de observación, descripción y examen crítico, para tratar de analizar la inversión en el Sector Salud en el Ecuador, con respecto al presupuesto nacional anual. Además se realizará un seguimiento histórico referente al período 2002-2010, para verificar su evolución y comportamiento de distintas variables.

Método de investigación

La presente investigación empleará el método deductivo, pues en base a las publicaciones de: Ministerio de Finanzas, del Ministerio de Salud Pública (MSP), del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC), la Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo (SENPLADES) y el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), donde se analizarán los indicadores obtenidos, conjuntamente con entrevistas realizadas a las y los expertos del sector salud, se pretende conocer la evolución del sector en relación a los deberes del Estado plasmados en la Constitución.

Fuentes de información

La información estadística se obtendrá principalmente de los registros que poseen la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Ministerio de Finanzas, el Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP), Ministerio de Educación, el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC), Ministerio de Economía y Finanzas (MEF), Ministerio de Coordinación de la Política Económica, la Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo y el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social. De igual manera se utilizará información del Internet, que esté acorde y ayude al cumplimiento de los objetivos de la investigación.

Procedimiento metodológico

Para el análisis de la oferta se utilizarán datos estadísticos del Ministerio de Finanzas, puesto que esta institución es la encargada del presupuesto nacional del Ecuador, generando año a año los desembolsos de acuerdo a la planificación nacional. Para determinar las inversiones realizadas en los diferentes rubros de la salud, necesitaremos los datos del respectivo Ministerio que maneja la cartera encargada de beneficiar directa e indirectamente la salud de los y las ciudadanas.

En el caso de los recursos del sistema de salud, se obtendrá información de los anuarios publicados por el INEC, mientras que para poder determinar los efectos de la inversión en la salud con relación al ingreso per cápita, necesitaremos datos del Ministerio de Relaciones Laborales e INEC, así mismo, para confrontar la inversión en salud con la educación, utilizaremos datos de la cartera del Ministerio de Educación, así también para los datos de servicios públicos y saneamiento ambiental que serán de la Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo y Ministerio del Ambiente respectivamente.

II: Fundamentación teórica

2.1. La Salud

Según la Organización Mundial de Salud, el concepto de salud es definido como el completo estado de bienestar físico y mental y no sólo la ausencia de enfermedad⁶.

Carlyle Guerra, en una de sus publicaciones⁷ plantea como objetivo una salud para todos, sin diferencias debidas a restricciones de acceso a las condiciones y bienes que producen salud y que sea la máxima en cada circunstancia.

El autor establece que la salud tiene varios determinantes que al dejar de lado los factores biológicos, las políticas tienen poco que hacer y se los clasifica como factores que conforman las condiciones de vida que contribuyen al bienestar y a una vida saludable y que no son específicos a las acciones de atención a la salud.

- La atención específica a la salud individual y colectiva, realizada por los sistemas de salud o de atención de salud, que caracteriza la oferta de servicios.
- El aseguramiento/financiamiento de la demanda y, por extensión, de la oferta de servicios, una función que trasciende a los sistemas de salud.
- La cooperación internacional en el contexto de globalización.

Los servicios de salud son considerados como un bien público o social cuya prestación no se puede excluir a ningún ciudadano y la inclusión de nuevos individuos no afecta a los que ya se benefician de ella; sin embargo, la salud puede ser catalogada como un bien público, cuasi público y privado.

Desde el punto de vista social, la salud es un bien referente puesto que su consumo es considerado prioritario por las autoridades de una sociedad, independientemente de las valoraciones individuales.

2.1.1. El valor de la salud

Las decisiones relacionadas con la salud de una persona o familia no necesariamente son elegidas por los y las ciudadanas ecuatorianas, sino que generalmente son realizadas por las autoridades públicas, puesto que ellos tratan de estimar y evaluar la preservación y la duración de la vida humana con respecto a los recursos escasos a través de varias alternativas. De esta manera, intentan diseñar políticas públicas adecuadas a las necesidades de los y las ciudadanas.

⁶ Id. WORLD HEALTH ORGANIZATION, **Temas de salud**, <http://www.who.int/entity/world-health-day/2003/es>. [Consulta: 13/03/2011]

⁷ GUERRA, Carlyle. (2002). **“La extensión de la protección social en salud en el nuevo Estado latinoamericano, Situación de Salud”**, <http://unpan1.un.org/intradoc/groups/public/documents/CLAD/CLAD0039301.pdf>. Acceso: 3 de diciembre 2012, 04h00. Pág. 57

A pesar de que es complicado asignar un valor monetario a la salud, se han desarrollado dos concepciones totalmente diferentes para determinar su importancia: el enfoque del capital humano y el enfoque de la disposición a pagar.

Con relación al primer enfoque, la salud puede considerarse como una forma de capital humano. Si el capital humano se define como el valor presente de la productividad de una persona a lo largo de su vida, el capital salud es el valor presente de la salud de una persona a lo largo de su vida. El primer modelo específico de capital salud lo publicó Michael Grossman en 1972⁸.

Grossman resaltó que el capital salud difiere de otras formas de capital humano y que el stock de conocimientos de una persona afecta esencialmente a su productividad, pero el stock de salud determina más bien la cantidad total de tiempo que la persona podrá emplear en trabajar o disfrutar de la vida.

Según Vicente López, los niveles salariales, la edad y la educación juegan un papel relevante en la demanda de salud del individuo respecto de su elección individual⁹. En efecto salarios más altos, hacen que, ceteris paribus, los costes de trabajo de no trabajar por estar enfermo, sean más altos. En todo caso, aun cuando el individuo abandone el mercado laboral y se jubile, se preocupará de la salud. En cuanto a la edad, todo parece apuntar a que el envejecimiento está acompañado de una mayor necesidad de adquirir servicios de salud. Sin embargo, el nivel final dependerá de la valoración que el individuo haga del disfrute adicional de los incrementos de consumo.

Con respecto a la educación hay que tener en cuenta dos aspectos. En primer lugar, la educación se suele correlacionar con eficiencia en la producción de salud. Se consigue el estado de salud deseado con menos esfuerzo con lo que los beneficios de esforzarse son más altos. Su dotación acaba de este modo siendo relativamente superior¹⁰. En segundo lugar, una mayor educación se correlaciona con una probabilidad más alta de identificar los beneficios de mejorar la salud propia. De esta forma, los más educados mostrarán una mayor preferencia por el bien salud con relación a otros bienes.

Así, se confirma que el valor otorgado a la salud, está en función de factores tales como la educación, la renta, la edad y la percepción que tenga la población, que se verá reflejado en el deseo de adquirir servicios de salud y cuidados asistenciales por parte del individuo.

Por otro lado, el segundo enfoque que trata de la disposición al pago, está basado en axiomas de valoración subjetiva que toman en cuenta las preferencias de las personas afectadas. Preguntarle a un individuo la cantidad de dinero que cuesta su propia vida conlleva a ambigüedades, porque la respuesta depende si desea perder o mantener su vida en cuestión. Estas dificultades pueden ser abolidas considerando las siguientes alternativas:

⁸ GROSSMAN, M. *"The Human Capital Model of the Demand for Health,"* NBER Working Papers 7078, National Bureau of Economic Research, <http://www.who.int/entity/world-health-day/2009/es.pdf>. [Consulta: 13/03/2011]

⁹ LÓPEZ, Vicente. (1998), *"Economía y Salud fundamentos y políticas, Okios Monos, Políticas de Salud"* www.eco.uc3m.es/.../Salud/2009.../1.1.%20Introduccion_%202009-2010. Pdf. Pág 89,90. Madrid. [Consulta: 13/03/2011]

¹⁰ *Ibíd.* [Consulta: 19/03/2012]

- Cambios marginales en la probabilidad (π) de morir dentro de un período de tiempo.
- Cambios marginales en la esperanza de vida de un individuo.

En el primer caso, uno busca determinar la cantidad de dinero Z , que el individuo está dispuesto a pagar por una pequeña reducción de su riesgo a morir $\Delta \pi$. De acuerdo a la teoría microeconómica, Z es llamada la variación equivalente. En contraste, la cantidad de K que es requerida para compensar al individuo por un incremento en π por la $\Delta \pi$ es llamada variación compensada por un cambio en el riesgo. Cuando la $\Delta \pi$ se acerca a cero, los dos cocientes $Z/\Delta \pi$ y $K/\Delta \pi$ convergen. Su límite común es la tasa marginal de sustitución entre el bienestar y el riesgo de morir, que puede ser interpretada como el deseo marginal a pagar por cambios infinitesimales en el riesgo.

En el segundo caso, la cantidad de dinero que el individuo estaría preparado a sacrificar con el objetivo de prolongar su vida por un año, puede ser interpretada como su disposición marginal a pagar por el año de vida ganado.¹¹

Las dos formulaciones tienen su legitimación específica. Desde el punto de vista ex-post, el concepto de años de vida ganados tiene mayor sentido que cambios del riesgo. Por el otro lado, para un individuo que se enfrenta con una incertidumbre ex – ante de la duración de su vida, el concepto de esperanza de vida es menos concreto que el cambio del riesgo para el período subsiguiente, porque la esperanza de vida está determinada por una distribución completa de probabilidades de riesgos de muerte sobre el tiempo de vida restante.

2.1.2. Salud y desarrollo

A medida que los países se desarrollan económicamente, la estructura de su economía y de su organización social cambia. Primero, el sector industrial tiende a crecer a expensas del sector agrícola (empleo y valor agregado), y subsecuentemente el sector de servicios incrementa como una parte de la economía. Además, mientras la población se urbaniza, las estructuras tradicionales sociales se hacen menos importantes y la distribución del ingreso puede variar. Los efectos de estos cambios en la estructura social resultan ambiguos. Mientras que la naturaleza de los problemas de salud puede variar, el efecto total en la salud de la población es difícil de acertar.

Similar ambigüedad gira en torno al efecto directo de la migración urbano – rural. Poblaciones urbanas tienen menores costos de transporte y generalmente mayor acceso a recibir asistencia médica y otros bienes públicos, pero ellos deberán tratar con efectos de salud relacionados con la sobredemanda de servicios médicos, además tienen mayor probabilidad de contraer enfermedades infecciosas y padecer mayor estrés¹².

¹¹ ZEIWIFEL, Peter; BREYER, Friedrich, *Health Economics*, Oxford University Press, Londres, 1997, pp. 25-26. [Consulta 18/03/2012]

¹² WILLIAM, Jack, (1999), “**Principles of Health Economics for Developing Countries, World Bank Publications**”, http://nhbs.com/principles_of_health_economics_for_developing_countries_tefno_99043.html. Washington. [Consulta: 15/04/2012]

A pesar de los efectos ambiguos en el desarrollo de la salud, incrementos en el ingreso, por consiguiente en el consumo de mejores bienes y servicios de salud, significa que existe generalmente una relación positiva entre el nivel de salud y la etapa de desarrollo.

2.1.3. Relación entre economía y salud

Ciencias como la economía y la medicina se han unido de manera progresiva. Tradicionalmente los y las profesionales de la salud estaban concentrados en sus eventos científicos y en la efectividad del servicio hacia sus pacientes, mientras los y las economistas hasta aproximadamente 20 años dedicaban sus investigaciones a las incidencias de la productividad.

La evidencia de que los presupuestos de salud de los Estados pueden alcanzar hasta el 16% del PIB de un país determinado como por ejemplo en Estados Unidos en el año 2008 y otros Estados del norte de Europa como Noruega y Suiza donde el gasto en salud alcanza un promedio del 9% respecto al PIB, es la señal que indica hacer un alto para analizar las cifras y que reclama la necesidad de las decisiones fármaco – económicas. Nuevos descubrimientos en el área diagnóstica y terapéutica han surgido en los últimos 20 a 25 años, permitiendo un mejor manejo y control de las diversas patologías a las cuales estamos expuestos. Sin embargo también está claro que estos avances en la ciencia médica se acompañan de costos, los cuales según los casos pueden ser realmente elevados.¹³

Por último, la economía de la salud surge a finales de los años cincuenta y principios de los años sesenta en Inglaterra y Estados Unidos de América respectivamente. Esta disciplina aplica los principios de eficiencia y equidad en temas como el financiamiento, la producción, distribución y consumo de bienes y servicios que satisfacen necesidades del campo de la salud. Además, estudia el mercado de los servicios de salud, comprendido por la oferta y demanda del sector así como las condiciones económicas de la política de inversión sanitaria en los diferentes establecimientos.¹⁴

2.1.4. Papel del Estado en el sistema de salud.

El rol del Estado, o del gobierno que lo representa, está implícito o explícito en los diferentes enfoques del pensamiento económico. Al respecto, se puede señalar la concepción de los dos enfoques existentes: keynesiano y neoclásico. Además de un tercero, que presenta una dinámica muy interesante en su desarrollo, enfoque neo-institucional.¹⁵

Las teorías relacionadas con el keynesianismo tuvieron sus inicios en la época post gran depresión donde Estados Unidos y Europa estuvieron en una gran crisis y las teorías económicas clásicas perdieron fuerza al igual que el sistema económico capitalista que intentaba recuperarse únicamente por sus propios mecanismos internos.

¹³ VILLARRUEL, Carlos. *“Economía de la Salud una nueva Ciencia, Gerencia de Salud”*, <http://gerenciasalud.com/art27>[Consulta: 18/04/2012]..

¹⁴ Id.

¹⁵ MENDOZA, Juan León, *¿Cuál es el rol del Estado?*, http://sisbib.unmsm.edu.pe/BibVirtualdata/publicaciones/economia/15/pdf/rol_estado.pdf. p 4, Acceso: 14 de Octubre de 2012, 23h35.

El keynesianismo puede ser definido como la creencia en que la intervención gubernamental usualmente funciona ya que el mercado no trabaja de una manera adecuada en consecuencia, sólo debe rechazarse la intervención pública en un mercado si los demás funcionan correctamente. Si esto no es así, una intervención estatal, que “distorsionara” los incentivos en un mercado, podría, sin embargo, aumentar el bienestar del conjunto compensando fallos de mercado en otra parte.¹⁶

En las economías existen distintos problemas y desequilibrios de carácter económico. La forma en que el gobierno busca solucionar estos problemas es a través de la política económica, en la cual el gobierno emplea sus poderes legítimos manipulando diversos instrumentos, con el fin de alcanzar objetivos socio-económicos establecidos.

Puede considerarse que el pensamiento Keynesiano es más una amplia tendencia de pensamiento, que un conjunto rígido de teoremas. Parecen ser dos los postulados que la gran parte de los llamados keynesianos comparten: a. el desempleo es causado por problemas de Demanda Agregada; b. La forma apropiada de eliminar el desempleo es mediante el aumento de la demanda agregada por parte del gobierno, a través de políticas monetarias y fiscales de carácter discrecional.¹⁷

El rol del Estado, o del gobierno que lo representa, está implícito o explícito en los diferentes enfoques del pensamiento económico. Al respecto, se puede señalar la concepción de los dos enfoques existentes: keynesiano y neoclásico. Además de un tercero, que presenta una dinámica muy interesante en su desarrollo: enfoque neo-institucional.

Según el enfoque keynesiano, el sistema capitalista es conceptuado como inestable, ya que tiende a operar por debajo del pleno empleo, por lo que en la medida en que no se utilizan todos los recursos, se incurre en cierta ineficiencia económica. Para Keynes, en el sistema capitalista no se cumple la Ley de Say, así la demanda agregada no es necesariamente igual a la producción de pleno empleo.

Este modelo, centrado en la teoría general de la ocupación, el interés financiero y el dinero, se ocupa de agregados como ingreso, consumo, ahorro e inversión, más que de la determinación de precios, que hace parte principal de la teoría económica. Señala la importancia de las variaciones en el nivel de producción y empleo como movimientos equilibradores de la economía para igualar la inversión y el ahorro, determinándose así el nivel de equilibrio de la renta nacional total y de la producción nacional.¹⁸

Reconoce que las tasas de ocupación son indicadores de prosperidad en las naciones y que la falta de ingresos compromete seriamente la conservación de la vida y el desarrollo humano. El Estado de Bienestar surge como la forma de un Estado Social de garantizar estándares mínimos de ingreso, alimentación, salud, vivienda educación y seguridad social a cada ciudadano, sin discriminación alguna, como derecho lo reconocen como respuesta al

¹⁶ MORENO, Salvador. *“Equidad y crecimiento en el pensamiento keynesiano”*

¹⁷ LEON, John Jairo. (Noviembre 2007). *“Keynesianism, PostKeynesianism and Newkeynesianism”*, MPRA Paper No. 4600, Pág. 4

¹⁸ MENDOZA, Juan León, *¿Cuál es el rol del Estado?*, http://sisbib.unmsm.edu.pe/BibVirtualdata/publicaciones/economia/15/pdf/rol_estado.pdf. Acceso: 14 de Octubre de 2012, 23h35. p 5

proceso de desarrollo de sociedades capitalistas industrializadas y a sus consecuencias, con el fin de lograr estabilidad y seguridad en un nuevo contexto de solidaridad social.

Debido a su carácter inestable, en la economía capitalista se generan situaciones de riesgo e incertidumbre, las mismas que no permiten el aumento necesario de la inversión y por ende de la demanda, lo que se traduce en un proceso tendencial de insuficiencia de demanda agregada y, como consecuencia de esto, un proceso de producción por debajo del pleno empleo. Entonces, se tiene que inducir al aumento de la inversión mediante, entre otros, la reducción de la tasa de interés. En el mismo sentido, según este punto de vista, el mercado por sí solo no tiende a asignar eficientemente los recursos, por lo que se necesita la intervención del gobierno. Esta característica central del sistema capitalista fundamenta la intervención del gobierno de una manera activa y discrecional y se determina así el rol inductor y regulador del gobierno.

Una variante del enfoque neoclásico reconoce la ausencia de mercados de competencia perfecta, y acepta la existencia de mercados monopólicos o de competencia monopolística. En este caso, se plantea la necesidad de realizar regulaciones, de manera tal que el mercado funcione como competencia perfecta. Aunque las fallas del mercado no están referidas sólo a la existencia de monopolios, el rol del Estado como regulador se complementa con el planteamiento de que éste debe encargarse fundamentalmente de la prestación de los servicios públicos básicos, (salud, educación, servicios básicos) como la defensa y administración de justicia.

En el análisis de las últimas décadas, a la lógica neoclásica se han incorporado elementos institucionales. Según el enfoque llamado neoinstitucional, no basta la existencia de mercados que vía precios tiendan a asignar los recursos, sino que tiene que haber una serie de condiciones e instituciones necesarias; éstos critican el supuesto implícito de los neoclásicos en el sentido de que el proceso de transacción, en situación de competencia perfecta, contiene derechos de propiedad claramente definidos y que los costos de dichas transacciones son nulos. Dada esta limitante, señalada para el enfoque neoclásico, se plantea la necesidad de crear instituciones que no sólo jueguen un rol de regulador sino también de normador y ejecutor de reglas tales que la economía alcance mayores o mejores niveles de eficiencia y equidad. En este escenario se visualiza un rol del gobierno que va más allá de la regulación. Se plantea como un ente encargado de fijar y hacer cumplir las reglas establecidas.¹⁹

La economía neoinstitucional sostiene que, entre los mercados y su supuesta eficiencia, de una parte, y entre la intervención y su supuesta equidad, de otra, está las instituciones. Son éstas últimas las que definen qué tanto funcionan los mercados y qué tanto redistribuye la intervención. Por ello el estudio de las instituciones es indispensable para entender los resultados reales que surgen tanto de los mercados como de la intervención. De este modo el enfoque de la gobernanza (enfoque de red de políticas públicas) se hace importante en el análisis de la economía neoinstitucional, ya que subraya la naturaleza altamente interactiva de los procesos políticos al tiempo que destaca el contexto institucional en el que estos

¹⁹ MENDOZA, Juan León, *¿Cuál es el rol del Estado?*, http://sisbib.unmsm.edu.pe/BibVirtualdata/publicaciones/economia/15/pdf/rol_estado.pdf. Acceso: 14 de Octubre de 2012, 23h35. p 6-7

procesos tienen lugar. Estos contextos institucionalizados están caracterizados por vínculos relativamente estables entre organizaciones que se sustentan por un continuo flujo de recursos entre esas organizaciones. Esto conduce a una visión diferente de la gobernanza. Las organizaciones gubernamentales no son el actor central en los procesos políticos y las actividades de administración asumen un rol diferente. Esto no implica que todos los actores tengan igual poder, ya que la mayoría de las teorías de redes asumen que el poder de un actor está relacionado con los recursos que posee. En contraste con los enfoques 'tradicionales', en el enfoque de red de políticas públicas, el rol administrativo de los actores gubernamentales no es tan evidente. En principio, cada actor involucrado puede desarrollar un rol de administrador. Pero el rol de administrador en sí mismo también difiere del definido en los enfoques tradicionales. Las actividades de administración se dirigen a una gran trayectoria de interacción, de mejoramiento y sustento entre los distintos actores involucrados, y a conjugar las metas y enfoques de los diversos actores. Así, no sólo las organizaciones gubernamentales ocupan una posición diferente, sino que también están involucradas en actividades distintas.²⁰

De esta manera, para establecer el papel del Estado en el sector de la salud es necesario tener como base estas tres líneas del pensamiento económico que faciliten comprender el conflicto entre eficiencia y equidad, y la importancia de las fallas de mercado que padece este mercado imperfecto.

2.2 Políticas públicas diseñadas para el sector salud

La calidad del sector público puede evaluarse en relación con el papel del Estado. En general, un sector público eficiente debería poder alcanzar los objetivos del Estado, con la menor distorsión posible del mercado, con la carga tributaria más baja posible sobre los contribuyentes, con el menor número posible de empleados públicos y con la menor absorción posible de recursos económicos por el aparato público.

En base a planteamientos de la corriente institucionalista, que han logrado cierto grado de reconocimiento en la teoría política, las políticas públicas deberían entenderse como aquellas directrices emanadas del Estado, que se imponen al colectivo como manera de proceder frente a un asunto específico, el cual se considera de interés público. Esta definición fija su posición frente a cuatro características muy importantes de las políticas públicas:

- Reconoce a las políticas públicas un carácter específico, que las diferencia claramente de las recomendaciones o las buenas intenciones; las políticas públicas son, por definición, de obligatorio cumplimiento tanto para ciudadanos como gobernantes. Desde esta perspectiva, carece de sentido formular políticas públicas para que unos u otros las desconozcan a su arbitrio y conveniencia.

²⁰ NUNEZ, Jessica, (2010), *El neoinstitucionalismo y el enfoque de la gobernanza en el análisis de las políticas públicas*, MPRA Paper No. 234, p 48

- Reconoce al Estado el papel protagónico en la formulación y gestión de las políticas públicas, e implícitamente niega la competencia directa de los particulares para imponer directrices taxativas al resto de la sociedad, a menos que lo hagan a través del Estado.
- Exige a las políticas públicas una especificidad referida tanto al asunto que pretenden resolver como a la manera de proceder frente a él.
- Supone que el objeto de la política es un asunto de interés público. Los asuntos no son públicos por ser estatales, sino por comprometer intereses colectivos. A diferencia de los asuntos privados que se asocian con decisiones individuales. En cualquier caso, las políticas públicas son algo más que un factor ambiental del bienestar y la salud, pues en calidad de directrices se incorporan a la vida cotidiana y determinan el rango de opciones en que las instituciones y los individuos pueden actuar.

2.3 Indicadores de la salud

Los indicadores son elementos que intentan medir u objetivar en forma cuantitativa o cualitativa sucesos colectivos, para así respaldar acciones políticas, evaluar logros y metas. De manera similar la OMS los define como: "variables que sirven para medir los cambios"²¹. Todos estos son indicadores del ámbito de la salud.

Cuadro No 1: Principales indicadores de la salud

INDICADOR	DEFINICIÓN
CALIDAD DE VIDA	Concepto que integra el bienestar físico, mental, ambiental y social como es percibido por cada individuo y cada grupo.
COBERTURA DE VACUNACIÓN	Cociente entre el número de personas de un grupo de edad que recibieron el esquema completo de una determinada vacuna de una zona geográfica, durante un año dado y la población total estimada a mitad de año, para ese grupo de edad y en la misma zona, multiplicado por 100.
DESNUTRICIÓN CRÓNICA DE NIÑOS MENORES A CINCO AÑOS	Porcentaje de niños de 0 a 5 años que tienen retardo en su talla con respecto a la edad.
EGRESO HOSPITALARIO	Salida del establecimiento de salud del paciente hospitalizado, que implica la desocupación de una cama. El egreso puede ser por alta o defunción.
ESPERANZA DE VIDA AL NACER	Número promedio de años que se espera viviría un recién nacido, si en el transcurso de su vida estuviera expuesto a las tasas de mortalidad específicas por edad y por sexo prevalentes al momento de su nacimiento para un año específico, en un determinado país, territorio o área geográfica.
GASTO NACIONAL EN SALUD COMO PORCENTAJE DEL PIB	Conjunto del gasto público y gasto privado en salud, expresado como porcentaje del producto interno bruto.
GASTO PÚBLICO COMO PORCENTAJE DEL GASTO TOTAL	Cantidad que el gobierno gasta en salud, expresada como porcentaje del gasto sanitario total.
ÍNDICE DE SALUD	Combinación lineal de los indicadores de mortalidad infantil, desnutrición crónica, hogares con saneamiento, personal de salud y viviendas con agua potable que maximiza su representatividad.
RAZÓN DE MORTALIDAD MATERNA	Cociente entre el número de muertes maternas en un determinado año y el número de nacidos vivos en el mismo año, expresados por 100.000 nacidos vivos, para un determinado país, territorio o área geográfica, según reportado por el INEC.
TASA DE MORBILIDAD	Relación que existe entre el número de casos de enfermedad en un momento determinado y la población en estudio.
TASA DE MORTALIDAD GENERAL	Cociente entre todas las muertes acaecidas en una zona geográfica dada durante un año dado y la población total de la zona a Junio del mismo año multiplicado por 100.000.
TASA DE MORTALIDAD INFANTIL	Cociente entre las defunciones de menores de un año en una área geográfica dada durante un año dado y el número de nacidos vivos registrados del mismo año, multiplicado por 1.000.
TASA GLOBAL DE FECUNDIDAD	Número de hijos que nacerían por mujer, si la mujer o mujeres tuvieran sus hijos en todos sus años reproductivos de acuerdo con las tasas de fecundidad específicas por edad de la población y épocas del estudio.

Fuente: Organización Mundial de la Salud, 2010, Indicadores de vigilancia de procesos de logro de la salud
Elaboración: Alejandro Cisneros

²¹ Organización Mundial de la Salud. "Preparación de indicadores para vigilar los progresos realizados en el logro de la salud para todos en el año 2000" <http://docstoc.com/.../2000> [Consulta: 13/03/2012]

2.4 Inversión

Un tema constante dentro del tema de crecimiento económico endógeno es responder la cuestión compleja y controversial acerca de que si el gasto público productivo (que se refleja en la denominada inversión pública) y la inversión privada son complementarios, sustitutos o, como se asume en otros modelos macroeconómicos sobre el crecimiento, independientes uno del otro. Este renovado interés se debe a los resultados obtenidos por Aschauer (1989 a), Barro (1990), Holtz-Eakin (1992), Devarajan y Zou (1994), Lin (1994), Olson (1996), Nazmi y Ramírez (1997 y 2003), Lächler y Aschauer (1998), Albala-Bertrand y Mamatzakis (2001), Ramírez (2007), entre otros, los cuales han intentado clarificar el potencial impacto del gasto público productivo en el crecimiento económico de largo plazo, a partir de situar a los determinantes de la inversión, pública o privada como generadores de riqueza, y no a los del ahorro, como tradicionalmente se asume.

La racionalidad económica de lo anteriormente expuesto reside en la idea de que el gasto público productivo, al reflejarse en inversión pública, está dirigido a la producción de bienes y servicios que el sector privado no produciría por el incremento sustancial de sus costos o por los beneficios compartidos que ocasionaría su adquisición. Sin embargo, este tipo de bienes denominados públicos son de importancia decisiva para el correcto funcionamiento de una economía de mercado porque ellos tienden a generar una gran cantidad de beneficios. Por ejemplo, además de que el gasto público en inversión para la creación y/o operación de infraestructura económica y social tiende a completar la formación de capital privado, facilitando la implantación y realización de los planes de inversión privados – mediante la disminución y, en su caso, eliminación de costos de transacción presentes en los transportes, las comunicaciones o la educación y capacitación de la población–, su costo de provisión es menor a su contribución total (Esfahani y Ramírez, 2003). Así, este tipo de gasto en inversión pública puede tener un efecto indirecto sobre la formación de capital privado en tanto que no sólo permite incrementar la demanda agregada de bienes y servicios producidos por el sector privado, sino que también influye en las expectativas de los inversores privados sobre ventas y beneficios futuros.

En consecuencia, si tradicionalmente el crecimiento económico se considera ligado a fuerzas externas, como los factores demográficos o, en su caso, a la eficiencia de la fuerza de trabajo (pues es ampliamente reconocido que éstos permiten un crecimiento de la productividad y por tanto un incremento de la producción), entonces las únicas políticas macroeconómicas que podrían contribuir eficazmente a un crecimiento económico de largo plazo serían aquellas que podrían incrementar la eficiencia de los factores productivos. Por esta razón, últimamente el diseño de la inversión pública en infraestructura económica y social (aeropuertos, carreteras, puertos, servicios eléctricos, gas, agua, salud y educación, entre otros) de los países con crecimiento, se ha enfocado en generar incrementos tanto en la productividad laboral como en la productividad total de los factores y no únicamente en la creación o mantenimiento de la infraestructura que no genera condiciones para el crecimiento de la productividad.

Sin embargo, a pesar de estos desarrollos recientes en el campo de la teoría del crecimiento económico, muchos países en desarrollo continúan renuentes a cambiar radicalmente su estrategia de desarrollo basada en la menor participación del Estado por medio de la

reorientación de políticas en pro del mercado y por la disminución del gasto público, lo que ha generado reducciones en los niveles de inversión pública para la creación de infraestructura económica y social, aun cuando se ha mostrado que estas inversiones públicas constituyen un gasto productivo que generalmente complementan y no sustituyen a la inversión privada, disminuyendo los posibles beneficios que pudieran ser obtenidos por los procesos de privatización y liberalización de las economías en cuestión

Debido a lo expuesto anteriormente, existe la controvertida cuestión de que si la restricción de ahorro es un prerequisite para generar riqueza por medio de la inversión, como lo sugiere el enfoque tradicional del crecimiento económico. Para ello, se postula, en sentido contrario al enfoque tradicional, que la causalidad actual que prevalece en las economías para la generación de riqueza va de la inversión al ahorro y no a la inversa. Esto implica que, siguiendo los resultados obtenidos por los desarrollos recientes en la teoría del crecimiento económico endógeno, son la eficiencia, la innovación y el cambio tecnológico los determinantes de una mayor productividad de la inversión, lo que genera el crecimiento económico. Sin embargo, dada la restricción de inversión privada prevaleciente debida a flujos de capital restringidos, que se presenta sobre todo en las economías emergentes, y ante la imposibilidad del sector privado para aportar los recursos para la inversión, si se parte de la hipótesis de que el sector público es quien puede proveer dichos recursos por medio de un gasto público productivo, entonces podría generarse la causalidad gasto público productivo (que puede verse como inversión pública, como más adelante se explica) que genera ingreso mediante el incremento de la demanda agregada, parte del cual se convierte en ahorro que puede utilizarse para financiar inversión privada en proyectos productivos generadores de riqueza. Esto podrá ir incrementando las fuentes de ingreso de los factores productivos y generar así recursos tributarios que financien el gasto público productivo, convirtiéndose así en un círculo virtuoso.

Esto implica un nuevo concepto sobre la función del Estado en la economía, soslayando falsos dilemas sobre la lucha Estado-mercado, pues lo que se postula es que más que la restricción de ahorro, la restricción que impera en una economía con insuficiente flujo de capital para generar mayor riqueza es su incapacidad para generar proyectos rentables de inversión, y es en este punto en particular donde la función del Estado tiene un papel de vital importancia. El Estado, utilizando el gasto público productivo, puede generar las condiciones humanas y físicas para emprender proyectos rentables de inversión, que tenderán por sí mismos a encontrar sus medios de financiamiento (interno o externo), generando recursos suficientes para pagarse solos, como requisito fundamental de su rentabilidad, provocando así un incremento de la riqueza neta. En consecuencia, el crecimiento y la inversión dependen no tanto de la capacidad de generar ahorro *ex ante*, sino de que el gobierno y sociedad (el Estado en sí) creen las condiciones propicias para la inversión productiva, lo cual implica que la eficacia de las acciones de la política económica para impulsar el crecimiento económico depende no tanto de su efecto en el ahorro, sino del que tenga sobre la inversión.²²

²² HERNANDEZ, José, (julio,2010), *Inversión pública y crecimiento económico: Hacia una nueva perspectiva de la función del gobierno*, http://www.izt.uam.mx/economiatyp/numeros/numeros/33/articulos_PDF/33_2_Articulo.pdf, [Consulta: 11/06/2012]

Como se ha expuesto en la parte de los antecedentes, la inversión que hace un Estado en la salud es muy importante para generar la prevención, promoción y cuidados que permitan mantener una calidad de vida aceptable y digna de sus habitantes para obtener una mayor productividad a nivel colectivo.

En el Ecuador, la inversión en salud pública ha dado un giro importante, que se ve reflejado en un incremento significativo de las consultas médicas a nivel de hospitales, centros y sub centros médicos públicos, que “le ha costado al Estado una inversión que totaliza los USD3.465 millones en cuatro años del gobierno de 2006 al 2010”.²³

Esta inversión, dicha por los y las representantes del gobierno, debe ser evaluada en forma pormenorizada, tomando en cuenta algunos años anteriores al del actual gobierno del Presidente Rafael Correa y determinar su relación con otros factores como el ingreso per capital, la inflación y el salario real, lo cual podría arrojar datos sumamente importantes que demuestren que la evolución en la salud del país, ha podido mejorar independientemente de otros factores económicos internos o externos, los cuales serán tratados en el mismo estudio y desarrollo de la presente disertación de grado.

Al momento, no existe un estudio similar o semejante que pueda informar independientemente sobre la inversión de la salud en el período comprendido entre el año 2002 y el 2010, el cual refleje la dimensión que se ha dado en el crecimiento presupuestario del presente gobierno al sector de la salud y con ello se pueda utilizar los indicadores macroeconómicos para apreciar su influencia en otras variables como los ingresos, educación, servicios públicos y saneamiento, factores que en si son determinantes para establecer un buen vivir de sus habitantes y colectividad en general.

²³ CEPAR, (1997). ***“El proceso de la reforma del sector de la salud, Reforma de Salud”***
www.opsecu.org/bevestre/revistas/CEPAR/reformaecheverria.pdf pdf, [Consulta: 13/05/2012]

III: La inversión en el sector salud

3.1. Introducción

El progreso de las economías no presenta un trayecto rectilíneo, más bien es cíclico; es decir reconoce períodos de expansión, apogeo, dificultad, recesión y depresión. Estas etapas se hacen evidentes a través de variables macroeconómicas, tales como el producto, la inversión, la rentabilidad de las empresas, entre otras. Asimismo, el proceso de la economía ecuatoriana y de la administración de la política fiscal mantiene un carácter cíclico que en muchos de los casos no provee una correlación positiva entre la salud y los ingresos per cápita. “Mayores ingresos otorgan mayor dominio sobre muchos de los bienes y servicios en pro de la salud como son mejor nutrición, acceso al agua potable y saneamiento, servicios de salud de buena calidad, y mejor información y educación”.²⁴

3.2 La Salud en el Ecuador

El principal problema que tienen las redes de salud es la escasez de personal y su limitada capacidad de resolución en atención primaria y especializada de nivel cantonal y provincial. Efectivamente, los y las profesionales de la salud de MSP estaban contratados en su mayoría por 4 horas/día recibiendo un salario en torno a un salario mínimo vital durante el periodo del análisis de la investigación. Se estima que en el Ecuador existen 17,6 médicos por cada 10.000 habitantes,²⁵ que es menor a los 23 trabajadores de la salud que según la OMS son necesarios para alcanzar la cobertura de las necesidades de atención primaria de salud.

Desde 1995 se ha venido desarrollando en Ecuador un proceso de reforma del sector salud, asentado sobre un proceso de descentralización y transferencia de funciones del MSP a las Municipalidades que lo soliciten.

La Reforma en Salud es un proceso orientado a introducir cambios sustantivos en las diferentes instancias y funciones del sector con el propósito de aumentar la equidad en sus prestaciones la eficiencia de su gestión y la efectividad de sus actuaciones, y con ello lograr la satisfacción de necesidades de salud de la población. Se trata de una fase intensificada de transformación de los Sistemas de Salud realizada durante un período determinado de tiempo y a partir de coyunturas que la justifican y viabilizan²⁶.

Durante el 2007 se firmaron decretos de emergencia a nivel nacional que ayudaron a ingresar recursos de manera directa al sector salud para lograr salir un poco de las crisis que se estaban dando en las diferentes regiones del país. Se asignaron para la primera

²⁴ Casas, Juan. (2002). “Inversión en Salud y Crecimiento Económico: Una perspectiva de América Latina y el Caribe”. Washington D.C: OMS, Pág. 1.

²⁵ INEC, 2010, Anuario Estadístico de Recursos y Actividades de Salud, [Consulta, 20/17/2012]

²⁶ Younger, Stephen; Villafuerte, Mauricio y Jara, Lily. “***Incidencia y distribución del gasto público y función de la demanda de ecuator Gasto público***”. www.flacsoandes.org/biblio/catalog/resGet.pdf [Consulta: 14/04/2011]

fase, 50 millones de dólares destinados a solucionar problemas básicos de infraestructura física, equipamiento, déficit de medicamentos y fundamentalmente la falta de profesionales en el área de salud, tópicos que hasta el momento ningún gobierno los ha enfrentado.²⁷

En los primeros días del 2008 entró en vigencia la extensión del Decreto de emergencia Sanitaria que tuvo una asignación extra-presupuestaria de 35 millones de dólares²⁸ de dólares para continuar brindando atención en salud y las necesidades de medicamentos, insumos médicos, equipamiento, infraestructura y rehabilitación hospitalaria en todo el país.

Se ha implementado nuevo equipamiento a las unidades con el finalidad de mejorar el mantenimiento así como el aumento de insumos médicos, medicamentos y equipamiento de unidades operativas de salud del Ecuador se destinó un total de USD \$ 24'157.036,024 de los cuales USD2'200.000,00 dólares se han invertido en adquisición, instalación y funcionamiento de tomógrafos (TAC) en 4 hospitales de referencia.²⁹

Se destinaron un total de USD11'000.000,00³⁰ a la compra de equipos médicos, implementación y modernización de unidades de cuidados Intensivos (UCI), quirófanos, radiología e imagenología, odontología y consulta externa en general.

Se incrementó la atención ambulatoria en todo el país, 15% más con relación al año 2006. Esto significa un ahorro global para las familias ecuatorianas de 44 millones de dólares.³¹

Por otro lado, el Ecuador ha vivido el proceso de transición demográfica, el cual se refleja en su estructura de edades: existe un descenso en la importancia de las edades jóvenes (menores de 15 años) y un aumento creciente de la importancia de la población adulta mayor.

Este proceso generalmente se ha dado primero en los niveles socioeconómicos altos dispersándose luego a los niveles bajos. Este comportamiento diferencial por nivel socioeconómico lleva a que se observe una población más joven en los estratos socioeconómicos bajos, y una tendencia al envejecimiento a medida que aumenta el nivel socioeconómico. Además de ser consecuencia de distintos comportamientos en los patrones de fecundidad y mortalidad, estas diferencias en la estructura de edad por nivel socioeconómico implican demandas también diferenciadas, especialmente en los servicios de salud y educación.³²

Menos de la quinta parte, 18.8%, de los hogares tienen por jefe a una mujer. Sin embargo, contrario a la tendencia general, parece existir una asociación negativa entre jefatura femenina y pobreza: el 16.9% de los hogares del quintil inferior de gasto tienen una mujer

²⁷ Ministerio de salud, (2009) *"Inversión en salud 2008 , Ministerio de Salud"*. <http://www.ministeriodesaludpublica.gob.ec /Dir tecnica/Comercio%20Exterior/sgpplus.pdf>[Consulta:15/04/2011]

²⁸ Id.

²⁹ Id.

³⁰ Ibid.

³¹ JIMÉNEZ, Miguel, (2007) *"Presentación de propuesta de cifras probables"*, Ministerio de Finanzas, http://serviciodeestudios.bbva.com/KETD/fbin/mult/100118_ObservatorioEconomicoEuropa_tcm346-213906.pdf?ts=322011 [Consulta: 14/04/2010]

³² CEPAR, (1997) *"El proceso de la reforma del sector se la salud, Reforma de Salud"* www.opsecu.org/bevestre/revistas/CEPAR/reformaecheverria.pdf pdf, [Consulta: 13/05/2011]

como jefe, mientras ese porcentaje aumenta con el quintil, hasta llegar a 23.3% en el quintil superior de la distribución.³³

Las condiciones de acceso a servicios públicos son altamente diferenciales según quintil de gasto. Alrededor del 57% de los hogares obtienen el agua de la red pública, y un 44% cuentan con una llave dentro de la vivienda. Sin embargo, estas condiciones prevalecen en tan sólo el 27.8% y 11.4%, respectivamente, de los hogares del primer quintil, mientras es 87.3% y 83% en los hogares del quintil superior. Las diferencias según quintil en el acceso a alcantarillado son también acentuadas: el 78.4% de los hogares del quintil superior viven en viviendas con alcantarillado, mientras que en el primer quintil porcentaje de los hogares con este servicio es de 12%. El acceso a energía eléctrica, es también diferencial, aunque de manera menos marcada: el 78.4% hogares del primer quintil tienen este servicio, mientras es casi universal, 99.4%, en el quintil superior³⁴

3.3 Indicadores determinantes de la política fiscal

3.3.1 Gasto Social

En el Ecuador el gasto social ha tenido cambios importantes en los últimos años, razón por la cual es necesario realizar una comparación de cómo se ha venido desenvolviendo en el país estas cifras en relación a los índices de pobreza, desnutrición infantil, tasa de analfabetismo, mismas que mantienen estrecha relación con el gasto social en el país.

3.3.1.1 Respecto al PIB

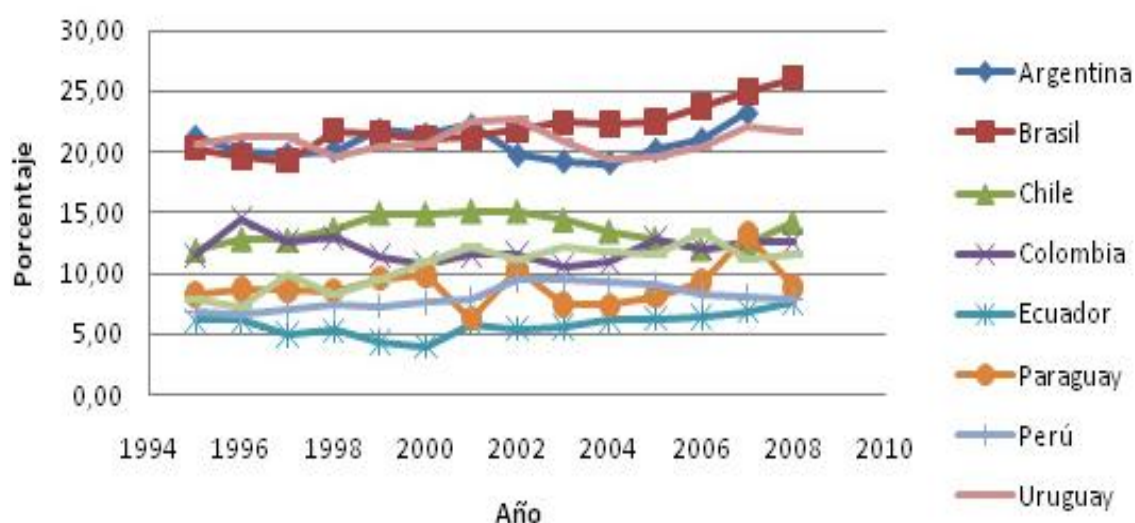
El Ecuador en comparación con países como Brasil, Argentina o Uruguay se mantiene por debajo en cuanto al gasto social respecto al PIB. No obstante, que este gasto en el país ha ido incrementando, así para el 2009 representó el 7.6% respecto del PIB, superior al 6.9% del año 2008 y en el año 2010 presento un 8.3%.³⁵

³³ VITERI, Galo, (2004) *“Situación de la salud en el Ecuador”, Ministerio de Finanzas* www.eumed.net/cursecon/ecolat/ec/2007/gfvd-salud.pdf. [Consulta: 13/03/2011]

³⁴ Id.

³⁵ CEPAL, (2010), CEPALSTAT, Base de datos, gráficos e indicadores, [Consulta: 13/03/2011]

Grafico No 1: Gasto social como porcentaje del PIB



Fuente y elaboración: CEPAL, 2010, CEPALSTAT, Base de datos, gráficos e indicadores

3.3.1.2 La Pobreza

La pobreza en América Latina origina muerte, enfermedades transmisibles, causadas por las falencias, ausencia de sistemas sanitarios y educativos, el abandono y la falta de hogar³⁶.

Estudios han demostrado que la pobreza es la causa esencial de las tasas elevadas de morbilidad y mortalidad en la infancia. Mil millones de niños y niñas –más de la mitad de los niños y las niñas de los países en desarrollo– no pueden disfrutar de sus derechos debido a que carecen de por lo menos uno de los bienes o servicios básicos que les permitirían sobrevivir, desarrollarse y prosperar³⁷.

La pobreza sin lugar a dudas representa una amenaza no solo para la infancia, tiene varias caras, las respuestas, muchas de ellas ya dadas, tienen que urgentemente ser puestas en práctica.

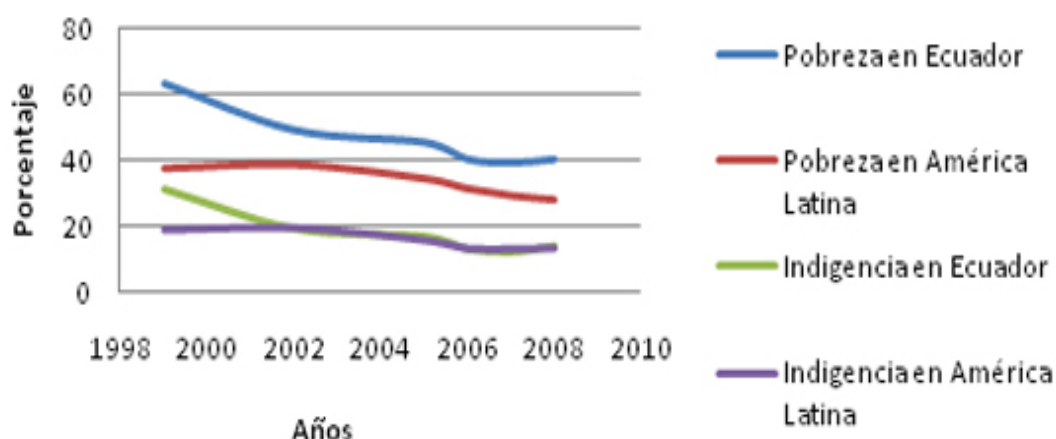
Asegurar un medio protector es el compromiso de los gobiernos, las organizaciones internacionales, la sociedad civil, las familias y los individuos.(OMS, 2003)

La pobreza en el Ecuador ha ido disminuyendo; sin embargo, esta se encuentra por encima del promedio de los países de América Latina e inclusive tuvo un leve aumento en el 2008 debido a la crisis internacional. En tanto que la línea de indigencia se encuentra a la par de la de América Latina.

³⁶ OMS/AISS, Informe sobre la inversión en la salud de los ciudadanos, *Inversión en salud*, Informe técnico No. 10 de <http://issa.int/esl/content/download/40634/790391/.../TR-10-3.pdf>[Consulta: 13/03/2011] .

³⁷ UNICEF, Informe sobre los índices de pobreza. Zimbabwe

Grafico No 2: Pobreza e indigencia urbana 1999-2008

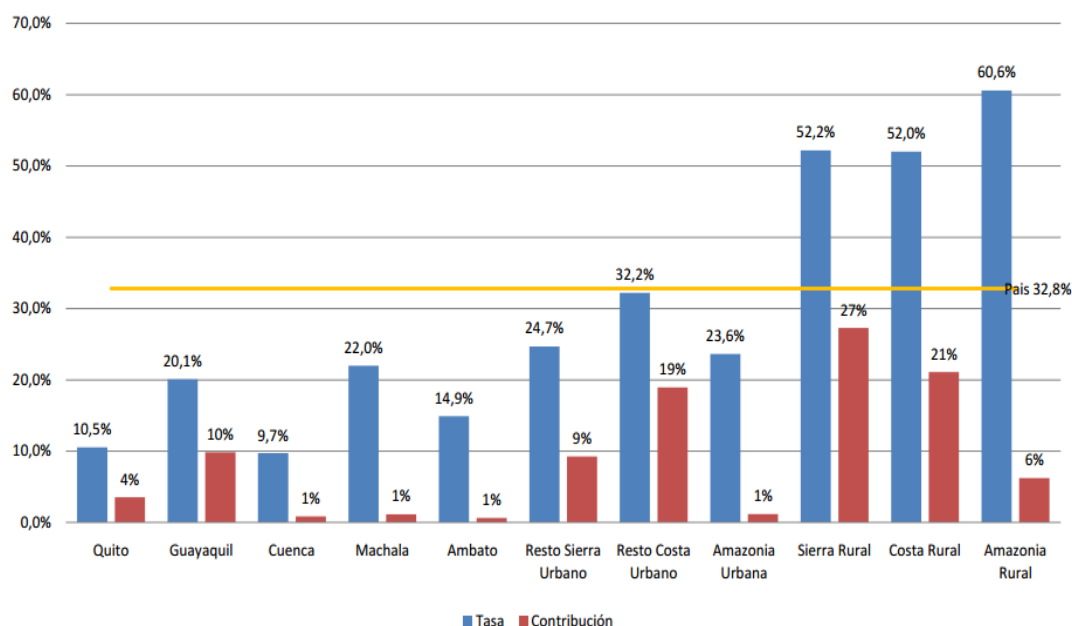


Fuente y elaboración: CEPAL, 2010, CEPALSTAT, Base de datos, gráficos e indicadores

La pobreza en nuestro país se acentúa en los sectores rurales y de manera particular en la zona del oriente ecuatoriano con un 60.6% en relación a la ciudad de Quito en donde la tasa de pobreza se ubica en el 10.5%; siendo esta una de las razones fundamentales de las migraciones hacia las ciudades grandes del país, en donde tanto niños como adultos encuentran un medio de subsistencia ya sea mediante el comercio informal o simplemente la delincuencia.

En el gráfico a continuación se puede identificar la pobreza por dominios de las ciudades más importantes del país

Grafico No 3: Pobreza de ingresos por dominios

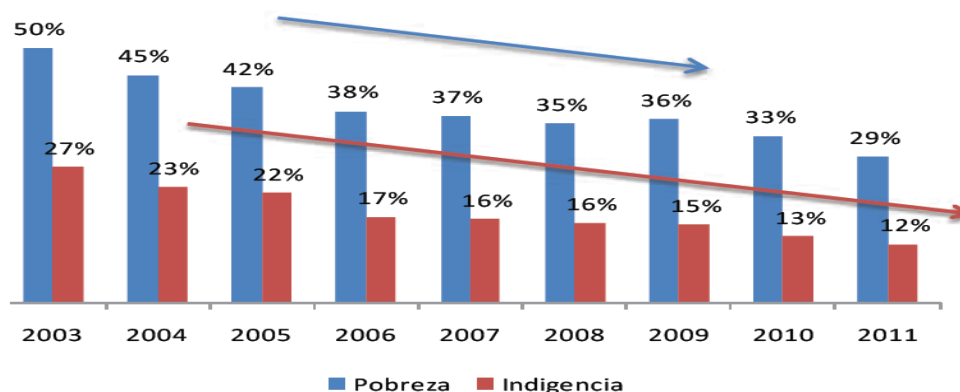


Fuente: INEC, ENEMDU, 2010, Anuario Estadístico.

Elaboración: MCDS-SIISE

En el año 2010 se presenta una menor tasa de pobreza e indigencia con 33% y 13% respectivamente. La pobreza en el año 2004 fue de 45%, mayor a la registrada en el 2010. Igualmente la indigencia cayó en el mismo periodo de referencia de 23% a 13%.

**Grafico No 4 Porcentaje de pobreza e indigencia nacional 2003-2011
(A diciembre de cada año)**

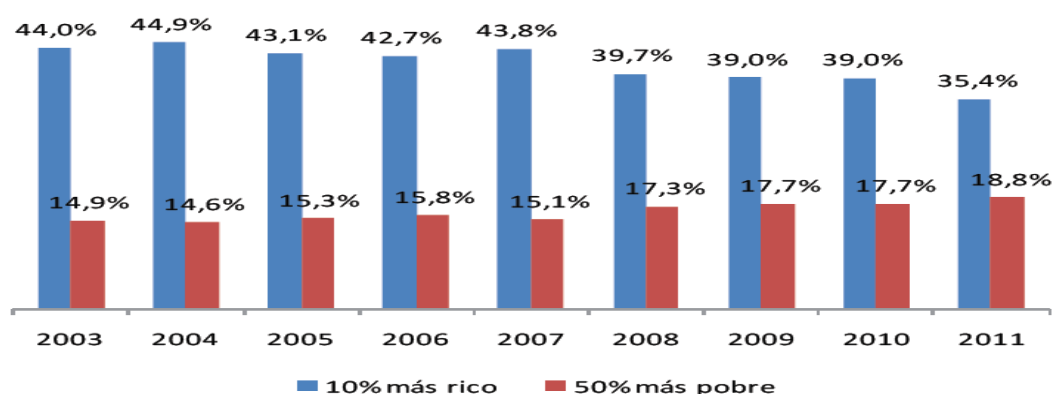


Fuente: INEC, ENEMDU, 2010
Elaboración: MCDS-SIISE

Por otro lado, la distribución del ingreso es más equitativa para el año 2010, ya que presenta una brecha menor entre el 10% más rico de la población frente al 50% más pobre.

Ciertamente, para el año 2004 el 10% más rico abarcaba el 45% del ingreso, reduciendo la concentración en tan solo 1,5 puntos porcentuales respecto del año 2003, mientras que el 50% más pobre únicamente concentraba el 15% del ingreso. Entre tanto, para el año 2011, el 10% más rico abarcó el 35%, reduciendo la concentración en 3,5 puntos porcentuales respecto al 2010, mientras el 50% más pobre concentró el 19%.

**Grafico No 5: Distribución del ingreso 2003-2011
(A diciembre de cada año)**



Fuente: INEC, ENEMDU, 2010, Anuario Estadístico.
Elaboración: MCDS-SIISE

Para el 2010 de acuerdo a los informes presentados por el INEC, la canasta familiar básica fue cubierta en un 83.7% en relación al año 2006 que su cobertura alcanzó el 66.9%. El

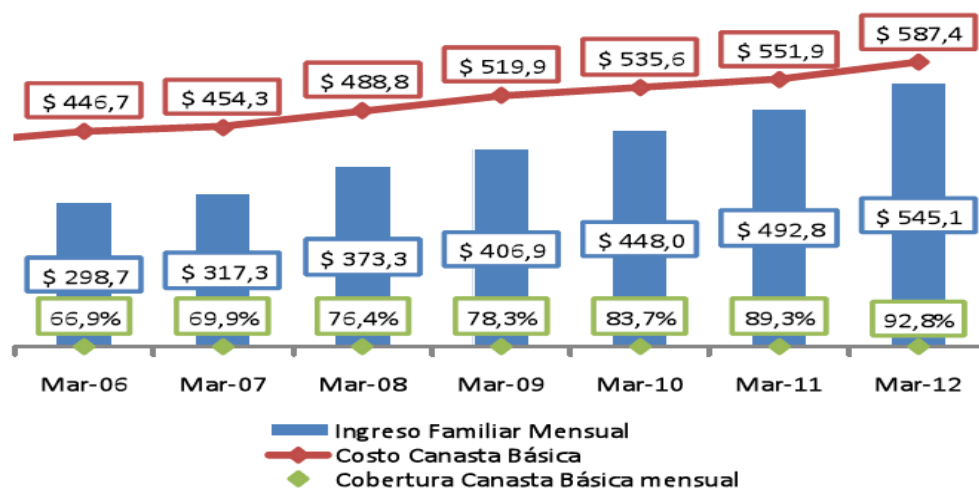
salario nominal promedio para el 2010 fue de USD448 en relación al 2006 que alcanzó los USD298.

El salario nominal refleja un incremento del 50% entre el año 2006 y 2010 y el incremento del valor de la canasta básica sufrió un incremento del 20%.

La inflación general anual en el año 2011 se ubicó en 6,1%, inferior a la de alimentos y productos transables con 8,2% y 6,6% respectivamente. Por otro lado, el ingreso familiar del mes se ubicó en USD 545, permitiendo una cobertura de la canasta básica del 92,8% y a su vez coloca al salario digno en USD 365.

Este último es cubierto también en un 93,3% con el salario nominal promedio de USD 340,5. Por lo tanto, para los tres primeros meses del año 2012 se ha alcanzado una cobertura del salario digno mayor a la del 2011 ubicada en 88%, es decir, que cada vez más personas, especialmente de los sectores más vulnerables de la sociedad, tienen mayor cobertura de la canasta básica y un mejor ingreso.³⁸

**Gráfico No 6: Ingreso familiar mensual, costo de la canasta básica y vital 2003-2012
(A marzo de cada año)**



Fuente: INEC, ENEMDU, 2012, Anuario Estadístico.
Elaboración: MCDS-SIISE

3.3.1.3 Muerte por desnutrición

La desnutrición infantil es una de las principales causas de enfermedades e incluso de muerte en América Latina, de acuerdo a los datos emitidos por la CEPAL (2010), en el año 2009 la mortalidad por desnutrición en menores de 5 años llegó al 24.2%. Lo que indica que aproximadamente uno de cada cuatro niños menores de cinco años mueren por esta causa.

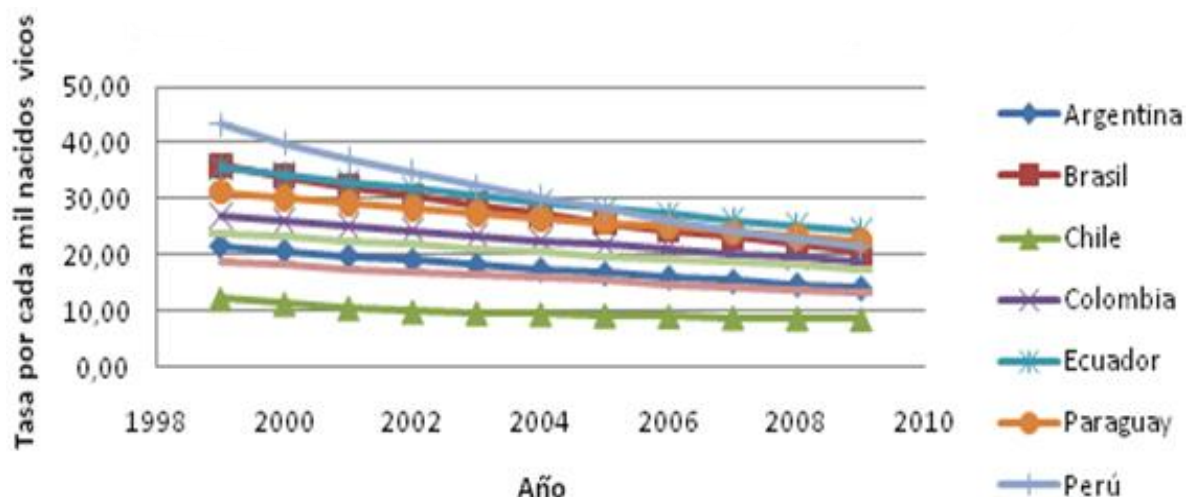
En el siguiente gráfico se puede identificar como el Ecuador se ha ido desarrollando en este campo con relación a los países de América del Sur. En el año 2000 la tasa de

³⁸ INEC, (2012), *Anuario estadístico de Recursos y Actividades de Salud*, [Consulta 23/07/2012]

mortalidad por cada 1,000 vivos ascendía a 35.7 %, mientras que para el año 2010 la tasa de mortalidad por desnutrición descendió al 25%.

Así también se puede apreciar que Chile desde 1999 con un 12.2% y en el 2009 con 8.5% es el que menor índices presenta dentro de esta área.

Gráfico No 7: Tasa de mortalidad en menores de 5 años



Fuente y elaboración: CEPAL, 2010, CEPALSTAT, Base de datos

3.3.1.4 Analfabetismo

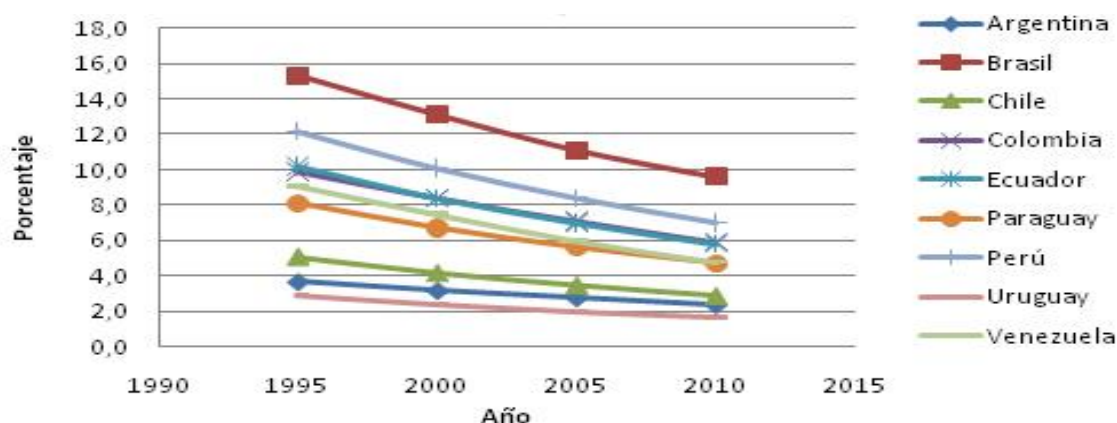
El analfabetismo tiene una estrecha relación con la salud de la población, debido a que no existen los recursos económicos necesarios para que familias eduquen a los niños, estos se ven obligados a trabajar en las calles y están cada vez más expuestos a enfermedades, dejando a un lado la educación básica necesaria y a su vez no tiene la capacidad para enfrentar o prevenir enfermedades por no tener un mínimo nivel de educación.

Para el mes de septiembre del año 2009 Ecuador se declaró como país libre de analfabetismo; el gobierno presentó un informe en el que se subrayaba que en el país existía menos del 4% de analfabetismo, cifra que fue refutada por la FLACSO, cuando después de realizar un estudio se encontraron cifras que superaban el 4%.³⁹

El Ecuador presenta una reducción importante de la tasa de analfabetismo, posee un 5.8% de acuerdo a las cifras emitidas por la CEPAL en el año 2010; este índice aun mantiene a nuestro país sobre otros países como el caso de Uruguay que se encuentra con una tasa del 1.7%. Vale la pena indicar que uno de los factores por los cuales muchos niños no asisten a las escuelas tiene que ver por los escasos ingresos que mantienen sus progenitores.

³⁹ Jaramillo, M. (2010, Enero 28). “*Debate sobre el analfabetismo*”. El Mercurio.

Gráfico No 8: Tasa de analfabetismo en población de 15 años o más



Fuente y elaboración: CEPAL, 2010, CEPALSTAT, Base de datos.

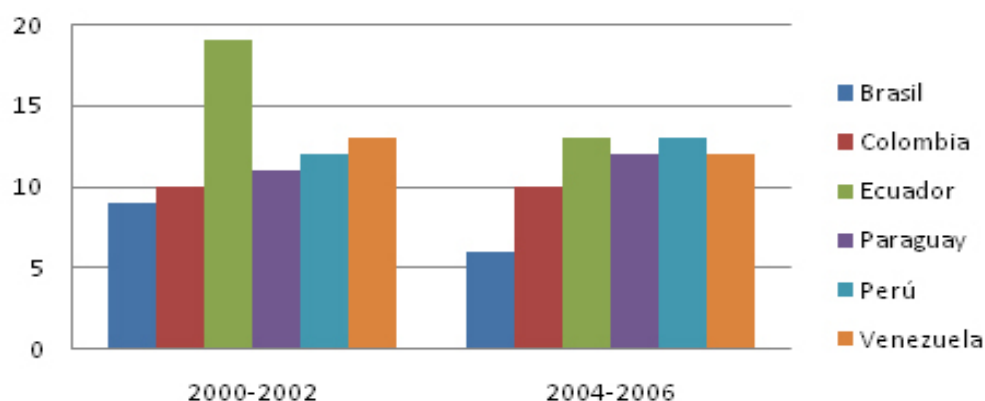
3.3.1.5 Buena nutrición

Al hablar de buena nutrición o energía alimentaria se refiere a la cantidad necesaria de calorías que una persona requiere ingerir cada día, esta debe no ser mayor de 300 kilocalorías y menor de 200 kilocalorías.⁴⁰

El Ecuador tiene un programa de desayuno escolar que se brinda a niños de escasos recursos en las escuelas primarias desde diciembre de 1995 y se distribuye en 15.300 planteles a nivel de todo el Ecuador.⁴¹

El siguiente gráfico indica como el Ecuador ha ido corrigiendo desde el 2000 hasta el 2006 ante esta problemática. El Ecuador para el periodo del 2004-2006 ha mejorado sustancialmente al bajar la cifra al 13% (CEPAL, 2010).

Gráfico No 9: Porcentaje de población por debajo del nivel mínimo de energía alimentaria



Fuente y elaboración: CEPAL, 2010, Publicación *"Alimentación en América Latina, necesidades básicas"*

⁴⁰ Fao, (2012). *"Carencia de alimento"*. consultado el 20 de abril del 2012 en <http://www.fao.org/economic/ess/estadisticas-sobre-seguridad-alimentaria/estadisticas-sobre-seguridad-alimentaria-metadatos/es/>

⁴¹ Programa de desayuno escolar. Ministerio de Educación y Cultura (2012)

3.4 Política macroeconómica

Para comprender mejor el principio de la política macroeconómica se debe conocer que el gobierno tiene dos tipos de herramientas para vigilar la evolución de la economía: la política fiscal y la política monetaria. En tanto que la política fiscal actúa concisamente sobre la economía estimulándola o frenándola, la política monetaria lo hace por medio de los tipos de interés, siendo la única herramienta de política monetaria debido al sistema dolarizado que se maneja en el país.

En el caso particular de Ecuador “en los Arts. 283 y 284 de la Constitución de la República, y lo previsto en el Objetivo 11 del Plan Nacional del Buen Vivir - PNBV, el Programa Macroeconómico del Gobierno representa un instrumento para el cambio de modelo para la consolidación de un sistema económico social y solidario, que garantice la producción y reproducción de las condiciones materiales e inmateriales que posibiliten el buen vivir”.

Tiene como meta cumplir los siguientes objetivos⁴²:

1. “Asegurar una adecuada distribución del ingreso y de la riqueza nacional.
2. Incentivar la producción nacional, la productividad y competitividad sistémica, la acumulación del conocimiento científico y tecnológico, la inserción estratégica en la economía mundial y las actividades productivas complementarias en la integración regional.
3. Asegurar la soberanía alimentaria y energética.
4. Promocionar la incorporación del valor agregado con máxima eficiencia, dentro de los límites biofísicos de la naturaleza y el respeto a la vida y a las culturas.
5. Lograr un desarrollo equilibrado del territorio nacional, la integración entre regiones, en el campo, entre el campo y la ciudad, en lo económico, social y cultural.
6. Impulsar el pleno empleo y valorar todas las formas de trabajo, con respeto a los derechos laborales.
7. Mantener la estabilidad económica, entendida como el máximo nivel de producción y empleo sostenibles en el tiempo.
8. Propiciar el intercambio justo y complementario de bienes y servicios en mercados transparentes y eficientes.
9. Impulsar un consumo social y ambientalmente responsable.”

En este sentido, los indicios están dados en el Objetivo 11 del PNBV que manifiesta:

Establecer un sistema económico social, solidario y sostenible, en cuyo fundamento se señala que: “...la centralidad asignada al Buen Vivir y a la soberanía alimentaria y económica lleva a reubicar fines y medios del sistema económico...”. El fin es la reproducción de ciclos de vida, en su sentido integral, y el logro de equilibrios entre producción, trabajo y ambiente, en condiciones de autodeterminación, justicia y articulación internacional soberana.

Esto supone cambios en todo el ciclo económico: la producción, la reproducción, la distribución y el consumo, y determina el tránsito hacia una nueva matriz productiva; el paso

⁴² Ib.

de un esquema primario exportador y extractivista a uno que privilegie la producción diversificada y eco eficiente, así como los servicios basados en los conocimientos y la biodiversidad. En esta perspectiva, el régimen económico no tiene primacía en sí mismo; por el contrario, se subordina y sirve a la vida de los seres humanos y de la naturaleza...”⁴³

Asimismo, las estrategias 2009-2013 del PNBV, proponen tener una inversión para el cumplimiento de este plan en el marco de una macroeconomía sostenible, fortaleciendo al sector público en sus funciones económicas de planificación, redistribución, regulación y control.

3.4.1 Lineamientos de la política macroeconómica del Gobierno

El Estado es un organismo protector de la sociedad frente a terceros, debe garantizar la justicia y el orden en las relaciones entre sus miembros; contempla la actividad privada procurando no quitarle espacio a este sector por medio del uso de reglamentos.

De igual manera es el encargado de suministrar ciertos bienes y servicios que por sus características no son provistos por el sector privado, o que por sus costos no puede acceder toda la población; como por ejemplo, policía nacional y servicios que la sociedad ha decidido financiar como la educación, salud y seguridad social.

Para cumplir con sus funciones el Estado requiere de fuentes de financiamiento. La llamada política económica cuyos objetivos son:

- Procurar la estabilidad del sistema económico por medio de la aplicación de medidas que atenúen los procesos inflacionarios o cambios cíclicos, que puedan provocar violentas alteraciones en la producción, precios y empleo.
- Elevar los niveles de vida de la población, por medio de mejorar los accesos a la educación, las condiciones de vivienda, el desarrollo tecnológico y la cantidad de recursos económicos disponibles. Dando como resultado un Desarrollo económico.
- Redistribuir la producción y la renta. El libre juego de mercado tiende a provocar desigualdades económicas entre individuos, regiones y sectores productivos. Estas desigualdades pueden ser corregidas con la intervención del Estado, por medio de la eficiencia distributiva.

Para cumplir con estos objetivos el Estado cuenta con las siguientes políticas:

Fiscal: Se refiere al manejo eficiente de los recursos públicos, combinando la generación de ingresos tributarios y su correspondiente utilización en el gasto público. La política fiscal aparece para equilibrar los ingresos y los gastos gubernamentales.

Monetaria: Es el conjunto de acciones emprendidas por los Bancos Centrales con el propósito de regular la circulación monetaria, y a través de ella, incidir sobre el costo de dinero y la disponibilidad de crédito para todos los sectores de la economía.

⁴³Ministerio Coordinador de la Política Económica. PNBV.

La política monetaria actúa fundamentalmente a través de los tipos de interés. Un incremento de la oferta monetaria produce un descenso de los tipos de interés a corto plazo, fomentando la inversión y el consumo. A medida que la cantidad de dinero incrementa, los inversionistas reorganizan sus carteras de valores sustituyendo el dinero líquido por títulos, como los bonos. La mayor demanda de bonos hace que el precio de los mismos suba y los tipos de interés disminuyan; no obstante, un mayor aumento de la cantidad de dinero sólo produce un aumento generalizado de los precios sin relanzar la economía a largo plazo. De esta forma se puede apreciar que existe una disyuntiva entre la estimulación de la economía y la inflación.

Por medio de las políticas monetarias, los gobiernos buscan luchar contra la inflación, contribuir al crecimiento económico, estabilizar el tipo de cambio y apoyar a la estabilidad del sistema financiero.

Sin embargo, “el escenario internacional de crisis ha tenido manifestaciones en la economía ecuatoriana como la reducción de las exportaciones y de las remesas, lo cual se añade al hecho de no tener moneda propia, por lo que el país no cuenta con una política monetaria. El Gobierno enfrentó esta situación implementando una política económica anti cíclica, que permitió, alcanzar crecimiento económico (el promedio de la primera década fue 4,6%), el aumento del consumo de hogares, la inflación controlada, una mejora significativa en los niveles y la calidad del empleo, así como en la reducción de la pobreza”.⁴⁴

Cambiaria: Corresponde al conjunto de criterios, lineamientos y directrices con el propósito de regular el comportamiento de la paridad de la moneda nacional respecto a las del exterior y controlar el mercado cambiario de divisas.

3.4.1.1 Presupuesto General del Estado

El Presupuesto General del Estado constituye el instrumento operativo que expresa las decisiones en materia de política económica y de planeación gubernamental. El presupuesto general del estado es la herramienta diseñada por el Ejecutivo mediante la cual se prevén los ingresos y gastos, los cuales son sometidos a aprobación de la Asamblea Nacional para un período determinado, usualmente un año.

Los ingresos son los recursos que extrae el Estado de la economía, estos pueden ser:

- Petroleros
- Tributarios
- Superávit
- Endeudamiento interno o externo

Los gastos son el conjunto de desembolsos que realiza el Estado para cumplir con sus fines y pueden clasificarse en:

Corrientes: Incluyen todas las erogaciones que los Poderes, Órganos Autónomos, Administración Pública y empresas del Estado, requieren para la operación de sus

⁴⁴ El Ciudadano. 24 de marzo de 2011, 16H30.(Consulta: 05/05/2012)

programas. Dentro de estos están inmersos sueldos, salarios, intereses de deuda, materiales y suministros, entre otros.

De capital: Comprenden aquellas erogaciones que contribuyen a ampliar la infraestructura social y productiva, así como a incrementar el patrimonio del sector público. Los gastos de capital son conocidos también como de inversión, se pueden mencionar por ejemplo: construcción de colegios, escuelas, hospitales, carreteras y puentes.

Pago de Deuda: Es la amortización del capital recibido en calidad de préstamo. En el siguiente cuadro se indican los ingresos y egresos del Gobierno Central en el período correspondiente 2004 – 2008.

En el cuadro 2 se puede observar un resumen de las operaciones que el Gobierno Central ha venido realizando; así en el año 2008 tuvo un total de ingresos de USD13.799 millones; a diferencia del año 2005 que presenta un ingreso de USD6.051,60; sin embargo el déficit del año 2008 tuvo un incremento de aproximadamente el 340%. (Véase anexo No. 1)

Cuadro No 2: Operaciones del Gobierno Central período 2005 – 2008
(Base devengado en millones de dólares)

	2005	2006	2007	2008
Total ingresos	6.051,60	6.895,00	8.490,20	13.799,00
Total egresos	6.232,10	7.011,00	8.627,30	14.413,20
Déficit	-180,40	-87,70	-63,80	-614,20

Fuente: Ministerio de Finanzas y Entidades del Sector Público, 2010, Dirección Nacional de Estudios Fiscales
Elaboración: Alejandro Cisneros

De acuerdo a lo planteado actualmente por el Gobierno nacional, el Plan Nacional del Buen Vivir marcan las directrices que orientan las decisiones de la política fiscal en la distribución y asignación de recursos para el ejercicio económico 2012, que mantienen coherencia con el marco jurídico definido en la Constitución de la República del Ecuador y con la estrategia de desarrollo contemplada en el Plan Nacional para el Buen Vivir.

Como directriz principal se puede mencionar:

- 1) Que los recursos públicos deben orientarse a la garantía de derechos para el buen vivir propiciando de esta forma la garantía de derechos sociales para que permitan satisfacer las necesidades básicas de la población.*

La Constitución y el Plan Nacional para el Buen Vivir, en su estrategia 6 y en las políticas de los objetivos 1, 2, 3, 6 y 7 precisan acciones públicas que orientan la presente directriz. Por consiguiente, los derechos que el Estado debe garantizar a través de la acción pública sectorial para propiciar la satisfacción de las necesidades básicas de la población son:

- a) Educación universal, inclusiva y de calidad.
- b) Salud accesible, permanente, oportuna de calidad y sin exclusión.
- c) Agua prioritariamente para consumo humano.

- d) Alimentación basada en el acceso seguro y permanente a alimentos sanos, suficientes y nutritivos; preferentemente producidos a nivel local y la garantía de la soberanía alimentaria
- e) Vivienda digna y adecuada.
- f) Hábitat seguro y saludable.
- g) Trabajo y seguridad social dignas, con remuneraciones y retribuciones justas. Todas las formas de trabajo debe ser reconocidas y debe fomentar el acceso a trabajadores no contribuyentes (trabajo autónomo, trabajo doméstico no remunerado, trabajo de cuidado humano, trabajo inmaterial, trabajo de auto sustentó en el campo), y que permitan su acceso a prestaciones de la calidad en salud, riesgos del trabajo, discapacidad y jubilación por vejez.
- h) Cultura: debe fomentar la creación y difusión de expresiones culturales diversas, el ejercicio de actividades artísticas y la protección de derechos morales y patrimoniales.

Todas las entidades públicas desarrollarán acciones y proyectos relacionados con su rol, competencias y atribuciones; no obstante lo cual procurarán intervenir de manera concertada, articulada y complementaria para maximizar los impactos positivos del uso de los recursos públicos y potenciar el buen vivir de la población en los territorios.⁴⁵

2) *Las asignaciones presupuestarias deben orientarse hacia las acciones públicas que promuevan la inclusión social y económica con enfoque de género, intercultural e intergeneracional y que favorezcan, en general a los grupos de atención prioritaria.*

A fin de promover la igualdad material y de oportunidad de la población, grupos, comunidades, pueblos y nacionalidades, que histórica y estructuralmente han sido marginadas, discriminadas y/o excluidas, las entidades del sector público deberán proponer acciones afirmativas que favorezcan la reducción de brechas sociales y económicas.

El esfuerzo del Estado por llegar a estos grupos de población deberá ser constante y deliberado. Se considerará además en las intervenciones sectoriales que actualmente se ejecutan, la incorporación de criterios de inclusión cuyos impactos se puedan medir y evaluar en el tiempo.

Para el efecto se considerará lo siguiente:

- a) Los derechos colectivos de las comunidades, pueblos y nacionalidades.
- b) Los derechos de los grupos de atención prioritaria.
- c) Los objetivos de sistema económico y de la política económica previstos en la Constitución.
- d) La estrategia 1 para el período 2009-2013 y las políticas del Plan Nacional para el Buen Vivir enfocadas a la redistribución solidaria y equitativa de la riqueza y a la democratización de los factores de producción, constantes en los Objetivos 1, 6, 8 y 11.

3) *Las asignaciones presupuestarias deberán orientarse a la consolidación de la base económica de la primera fase del nuevo modo de acumulación y redistribución.*

⁴⁵Ministerio Coordinador de la Política Económica. PNBV

Las políticas y por tanto los recursos que se asignen al sector de la producción promoverán la transformación del patrón de especialización de la economía, la democratización de los medios de producción, la sostenibilidad en las actividades económicas (incorporando la variable ambiental) y el uso racional y responsable de los recursos renovables y no renovables, el aumento de la productividad real, la diversificación de exportaciones.

Así mismo, el Estado impulsará la soberanía energética basada en energías renovables, que le permitirá contar a futuro con un sistema eficaz, eficiente y amigable con el medio ambiente.

Adicionalmente, la asignación de recursos deberá incidir en los hábitos de los consumidores. Se privilegiará la asignación de recursos que propicie la expansión de la conectividad y las telecomunicaciones como elementos primordiales para la producción.

En este contexto, los recursos financieros públicos deberán orientarse hacia:

- a) Al financiamiento de acciones públicas que favorezcan la democratización de la tierra, especialmente la de propiedad del Estado, que impulsen la transferencia de tecnología, que permitan el desarrollo de infraestructura para la producción y el mejoramiento de las condiciones para el abastecimiento de insumos productivos, la producción primaria, a través de capacitación, asistencia técnica y dotación de equipamiento e infraestructura de apoyo.
- b) El financiamiento de acciones públicas orientadas a la transformación de la educación en todos sus niveles, al fomento de la investigación científica, la transferencia de tecnología y la innovación.
- c) El financiamiento de proyectos que garanticen el cambio de matriz energética
- d) La protección del patrimonio natural, la reducción y remediación de los impactos negativos de las actividades productivas en los ecosistemas.
- e) Al fomento de los 14 sectores estratégicos definidos en la Agenda de la Producción y de las industrias nacientes propuestas en la Estrategia de Acumulación y Redistribución para el Buen Vivir.
- f) El apoyo a actividades que favorecen la distribución del ingreso y la generación de empleo, con énfasis en la producción agroalimentaria, pesquera, acuícola, artesanal, turística comunitaria y de la construcción.
- g) El financiamiento de prestaciones de seguridad social eficientes, transparentes, oportunas y de calidad para todas las personas trabajadoras, cualquiera sean las formas de trabajo que desempeñen.
- h) El fomento del sector de la economía social, para propiciar su participación de manera activa en las actividades de mercado, a través de la producción de bienes y servicios asociados a la satisfacción de necesidades básicas, a través de decisiones fiscales, tributarias y arancelarias que estimulen, en particular.
- i) El apoyo a las iniciativas de trabajo autónomo preexistentes mejorando sus condiciones de infraestructura, organización y el acceso al crédito en condiciones de equidad.
- j) El fomento de las iniciativas de producción y de servicios de carácter asociativo y comunitario con mecanismos específicos de acceso al crédito y a otros factores productivos, compras y contratación pública con 'condicionalidades positivas' para promover la asociatividad.

4) Las decisiones de asignación de recursos públicos propenderán a la reducción de brechas de equidad territorial.

La oferta de intervenciones nacionales se propone desde cada uno de los sectores de la política pública, sin embargo, las demandas territoriales exigen una visión integradora e intersectorial, pues en ese escenario se expresa la complejidad de las relaciones entre los componentes físico-espaciales, socio-económicos y político-administrativos.⁴⁶

Por ello se requiere:

- a) Propuestas de intervenciones públicas y de asignación de recursos formuladas con perspectiva territorial y sistémica que promuevan procesos de asociatividad y complementariedad territorial, y la coordinación de las decisiones de inversión pública en los territorios.
- b) La definición e institucionalización de mecanismos de coordinación entre las entidades desconcentradas de la Función Ejecutiva (a nivel zonal y provincial) y los gobiernos autónomos descentralizados, así como la definición de modelos de gestión para la ejecución de intervenciones conjuntas que potencien su impacto en términos de cobertura y eficiencia.
- c) La identificación sectorial de zonas críticas para intervención inmediata, sin descuidar la perspectiva de largo plazo, que plantea un cambio de modelo territorial policéntrico. Existen zonas críticas por definición, que son muestra de las asimetrías estructurales heredadas de un modelo económico concentrador de la riqueza y la ausencia del Estado sobre todo en: Frontera Norte, Amazonía, zonas periurbanas, zonas rurales, zonas vulnerables a los riesgos naturales y antrópicos.
- d) La identificación de intervenciones públicas en las zonas de influencia de los proyectos estratégicos nacionales. Se han definido zonas estratégicas para la acción pública, por las actividades de explotación de los recursos naturales disponibles, y en este contexto, por la necesidad de reducir sus impactos ambientales y los niveles de conflictividad que se generan en sus zonas de influencia inmediata. Estos territorios influidos directamente por la ejecución de un proyecto estratégico nacional merecen la atención coordinada de la función ejecutiva, en tal sentido, las decisiones de asignación de recursos deberán direccionarse hacia la ejecución de acciones públicas para la garantía de derechos y la satisfacción de las necesidades básicas de la población asentada en los mismos, que al mismo tiempo promuevan una nueva relación entre el Estado, la comunidad y las empresas que gestión dichos proyectos estratégicos.

Anexamente, la Agenda de la Política Económica para el Buen Vivir 2011- 2013, establece que el objetivo principal de la política económica, es administrar los flujos macroeconómicos que garanticen la canalización del ahorro hacia la inversión productiva, en el marco de las limitaciones que marca la dolarización.

Además, la política económica está a cargo del manejo de los recursos del sector público y de las regulaciones que pueda emitir para evitar problemas de liquidez ante eventuales desmonetizaciones de la economía o de expansiones monetarias no deseadas.

⁴⁶ Ministerio Coordinador de la Política Económica, (2011), Plan Nacional del Buen Vivir

Estos objetivos se deben lograr a través de una gestión eficiente y eficaz de los flujos e interconexiones de ahorro e inversión en los ámbitos público, externo y privado. Es decir, se deben establecer y aplicar políticas y regulaciones a los flujos macroeconómicos lograr el máximo nivel de producción y utilización de las capacidades instaladas en los recursos de la producción; garantizando al mismo tiempo su sostenibilidad intertemporal.

3.5 Supuestos macroeconómicos

Dentro de los lineamientos macroeconómicos el Gobierno Nacional ha elaborado la Programación Cuatrianual 2012-2015 y la Proforma Presupuestaria del 2012, en la que se tomará en cuenta, entre otros aspectos fundamentales las variables macroeconómicas previstas por el Banco Central del Ecuador que se darán a conocer a las instituciones y a la ciudadanía en general a través del portal del Ministerio de Finanzas. Hasta tanto se cuente con estimaciones y metas revisadas y actualizadas.

3.6 La política fiscal

La política fiscal representa los ingresos y gastos de las administraciones públicas y la forma de contrarrestar el déficit. La manera tradicional de calibrar el impacto de una política fiscal determinada es observar la evolución del déficit público.

La política fiscal es la manera más directa de estimular o frenar la economía. Una disminución del gasto público se traduce inmediatamente en un descenso de la demanda de bienes y servicios; frente a un aumento de los impuestos que reduce la renta disponible de los consumidores provocando un descenso del consumo. Por otro lado, una política fiscal expansiva estimula la economía y produce un crecimiento en el PNB, pero a costa de un aumento en los tipos de interés.⁴⁷

Las decisiones relacionadas con los ingresos y gastos públicos guardan relación con la política fiscal de un país. Este debe mantener una estructura de ingresos estables, fundamentados en tributos. Los impuestos colaboran en el financiamiento de las actividades del Estado, así como ejecutar proyectos de beneficio social e invertir en la producción de bienes y en la prestación de servicios. Su principal ventaja, frente a los ingresos petroleros, es su sostenibilidad en el mediano plazo, debido a que no dependen de los precios internacionales.

Dentro de la política fiscal, por el lado de los ingresos tributarios el Estado define la Política Tributaria; misma que contempla un conjunto de impuestos, tasas, contribuciones y procedimientos operativos, que debe cumplir la sociedad para financiar la actividad del Estado. Para normar la política tributaria existen las Administraciones Tributarias.

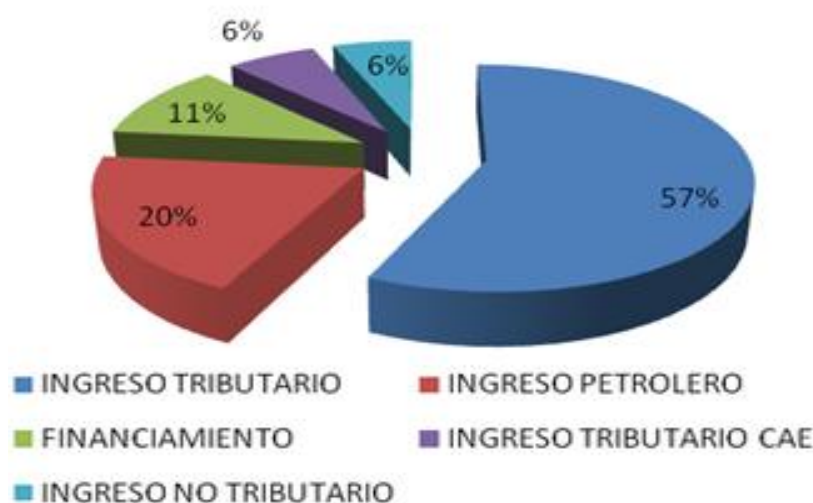
⁴⁷Giogertti, Armando. El presupuesto del Estado y su contribución a la salud, Ediciones Temis, 7ma. Ed. Chile.2007

En Ecuador operan varias Administraciones Tributarias, así se encuentran:

1. El Servicio de Rentas Internas-SRI que es el encargado de administrar los impuestos internos;
2. El Servicio Nacional de Aduanas El Ecuador- SANA E que se encarga de la administración de los impuestos al comercio exterior; y,
3. Los Organismos de régimen seccional o Municipios que administran tasas e impuestos especiales.

El SRI juega un papel importante dentro de la política fiscal como se puede observar en el gráfico a continuación:

Gráfico No 10: Participaciones en el total de Ingresos en el PGE 2009



Fuente: Servicio de Rentas Internas, 2010, Dirección Nacional de Gestión Tributaria
Elaboración: Alejandro Cisneros

La Constitución de la República en su Art. 85 dispone que las políticas públicas y la prestación de bienes y servicios públicos se orientarán a hacer efectivos el buen vivir y todos los derechos y, que el Estado garantizará la distribución equitativa y solidaria del presupuesto para la ejecución de las políticas públicas y la prestación de bienes y servicios públicos.

De igual modo, la Constitución de la República señala en el Art. 258 que a través de la política fiscal se debe procurar el financiamiento de servicios, inversión y bienes públicos; la redistribución del ingreso por medio de transferencias, tributos y subsidios adecuados, así como la generación de incentivos para la inversión en los diferentes sectores de la economía y para la producción de bienes y servicios, socialmente deseables y ambientalmente aceptables.

Adicionalmente, el Art. 286 dispone que las finanzas públicas, en todos los niveles de gobierno, se conducirán de forma sostenible, responsable y transparente y procurarán la estabilidad económica. Los egresos permanentes se financiarán con ingresos permanentes.

Los egresos permanentes para salud, educación y justicia serán prioritarios y, de manera excepcional, podrán ser financiados con ingresos no permanentes.

En forma concordante con las disposiciones constitucionales, el Art. 72 del COPLAFIP (Código Orgánico De Planificación y Finanzas Públicas) enumera los objetivos específicos del SISTEMA NACIONAL DE FINANZAS PÚBLICAS, que pueden lograrse con la adecuada orientación e implementación de los mecanismos de la política fiscal:

1. La sostenibilidad, estabilidad y consistencia de la gestión de las finanzas públicas;
2. La efectividad de la recaudación de los recursos públicos;
3. La efectividad, oportunidad y equidad de la asignación y uso de los recursos públicos;
4. La sostenibilidad y legitimidad del endeudamiento público;
5. La efectividad y manejo integrado de la liquidez de los recursos del sector público;
6. La gestión por resultados eficaz y eficiente;
7. La adecuada complementariedad de las interrelaciones entre las entidades y organismos del sector público; y entre éstas y el sector privado, y;
8. La transparencia de la información sobre las finanzas públicas.

El Art. 85 del COPLAFIP establece que el ente rector de las finanzas públicas recomendará los lineamientos de la política fiscal en los campos de ingresos, gastos, financiamiento, activos, pasivos y patrimonio del Sector Público no Financiero.

La Agenda de la Política Económica para el Buen Vivir 2011 -2013 establece que la política fiscal debe procurar la redistribución y equidad para ampliar las capacidades de todas y todos, y para crear los incentivos necesarios para garantizar el desarrollo y la consolidación de la soberanía alimentaria, energética y financiera. A su vez establece que los objetivos específicos del sector fiscal:

- Mantener un adecuado nivel de liquidez de la caja fiscal y un financiamiento sostenido y diversificado.
- Incrementar el margen de maniobra del presupuesto a través de un espacio fiscal adecuado.

El Presupuesto General del Estado, es el principal instrumento de la Política Fiscal, con que cuenta el Gobierno para influir en los agregados macroeconómicos, por tanto es necesario contar con un presupuesto sostenible en el mediano y largo plazo al mismo tiempo que constituya un instrumento fundamental para el logro de la equidad y el cumplimiento de los derechos ciudadanos y responda a las necesidades diferenciadas de la población.⁴⁸

El Gobierno Nacional ha planteado que la programación fiscal del SPNF (Sector Público No Financiero) será plurianual y servirá como marco obligatorio para la formulación y ejecución del Presupuesto General del Estado y la Programación Presupuestaria Cuatrianual, y referencial para otros presupuestos del Sector Público. Para ello se elabora la programación presupuestaria cuatrianual. La anterior, correspondiente al periodo 2011 - 2014 fue aprobada por la Asamblea Nacional a finales del año 2010 y constituyen un referente para la

⁴⁸ Ministerio Coordinador de la Política Económica, (2012), *Directrices para proforma del presupuesto general del estado 2012 y la programación presupuestaria cuatrianual 2012-2015*, Paper, p 5-20

programación fiscal del próximo ejercicio fiscal, y para la nueva programación, que se extiende hasta el 2015, para la cual se actualizan las cifras.

El Plan Nacional del Buen Vivir se posiciona como el instrumento orientador del presupuesto, la inversión pública, el endeudamiento y como instrumento de las políticas públicas que permitirá coordinar la acción estatal de los distintos niveles de gobierno, particularmente en lo que respecta a la planificación del desarrollo y del ordenamiento territorial, así como a la planificación como garantía de derechos y como elemento articulador entre territorios.

La programación fiscal plurianual y anual servirá como marco obligatorio para la formulación y programación del Presupuesto General del Estado y la Programación Presupuestaria Cuatrianual, toda vez que ésta permite direccionar la política fiscal respecto de los ingresos, gastos y financiamiento, a fin de lograr la sostenibilidad, estabilidad y consistencia de las finanzas públicas, la efectividad de los ingresos públicos, la equidad y uso de recursos, la legitimidad del endeudamiento público, la gestión por resultados eficaz y eficiente y la transparencia de la información sobre las finanzas públicas normas que están contempladas en los Artículos del COPLAFIP.

El escenario fiscal proyectado para el período 2012-2015 se resume en el siguiente cuadro; sin embargo, los detalles del mismo se presentan en el anexo No. 3.

**Cuadro No 3: Programación fiscal proyectada, Presupuesto General del Estado
(En millones de USD)**

	2012	2013	2014	2015
Total de ingresos y financiamiento	21.796	23.513	23.884	23.656
Total de gastos y otros	21.796	23.513	23.884	23.656
Plan anual de inversiones	4.714	4.706	4.498	4.191

Fuente: Ministerio de Finanzas, 2011, Subsecretaría de Consistencia Macro fiscal. Cifras provisionales.

Elaboración: Alejandro Cisneros

3.5.1. Ingresos

El Art. 92 del COPLAFIP instituye que la determinación y cobro de los ingresos públicos está sujeta a la política fiscal. La determinación y cobro de ingresos públicos del Sector Público no Financiero, con excepción de los GADs, se ejecutará de manera delegada bajo la responsabilidad de las entidades y organismos facultados por ley.

El Art. 300 de la Constitución establece que el régimen tributario se regirá por los principios de generalidad, progresividad, eficiencia, simplicidad administrativa, irretroactividad, equidad, transparencia y suficiencia recaudatoria. Se priorizarán los impuestos directos y progresivos. La política tributaria promoverá la redistribución y estimulará el empleo, la producción de bienes y servicios, y conductas ecológicas, sociales, y económicas responsables. Adicionalmente, la Agenda de la Política Económica para el Buen Vivir 2011 - 2013 establece que la política tributaria además de mejorar los niveles de recaudación de conformidad con estándares internacionales, para asegurar un mejor flujo de caja y liquidez,

debe procurar una mayor integración entre diversos sistemas orientándose a una mayor progresividad.

El Art. 91 del COPLAFIP establece que los recursos provenientes de actividades empresariales públicas nacionales ingresarán al Presupuesto General del Estado una vez descontados los costos inherentes a cada actividad y las inversiones y reinversiones necesarias para el cumplimiento de la finalidad de cada empresa. Se establece como política de estado que todos los recursos públicos de origen petrolero, ingresarán al PGE en calidad de ingresos de capital y serán distribuidos exclusivamente para fines de inversión.⁴⁹

La Constitución, además de normar sobre el régimen tributario, contiene disposiciones relativas a los ingresos públicos que se deben cumplir estrictamente.

- Con ingresos permanentes se financiarán egresos permanentes.⁵⁰
- De manera excepcional, con ingresos no permanentes podrán ser financiados los egresos permanentes para salud, educación y justicia.⁵¹
- Las universidades y escuelas politécnicas públicas podrán crear fuentes complementarias de ingresos para mejorar su capacidad académica, invertir en la investigación y en el otorgamiento de becas y créditos, que no implicarán costo o gravamen alguno para quienes estudian en el tercer nivel. La distribución de estos recursos deberá basarse fundamentalmente en la calidad y otros criterios definidos en la ley.⁵²

El Art. 298 de la Constitución establece que sólo se pueden establecer preasignaciones presupuestarias destinadas a GADs, al sector salud, al sector educación, a la educación superior; y a la investigación, ciencia, tecnología e innovación en los términos previstos por la ley. Se prohíbe crear otras preasignaciones presupuestarias. Por lo tanto, todas las preasignaciones que estén fuera de este marco se eliminaron, a excepción de los recursos provenientes de la aplicación de la Ley 10 del Fondo para el Ecodesarrollo Regional Amazónico y la Ley 47.

3.5.2. Gastos

Las políticas de gasto operacional y la inversión pública deberán tener especial énfasis en apuntalar el cumplimiento de la Constitución y del Plan Nacional del Buen Vivir estipulados en los lineamientos de política fiscal; es decir:

1. Los recursos públicos deben orientarse a la garantía de derechos para el buen vivir.
2. Las asignaciones presupuestarias deben orientarse hacia las acciones públicas que promuevan la inclusión social y económica con enfoque de género, intercultural e intergeneracional y que favorezcan, en general, a los grupos de atención prioritaria.
3. Las asignaciones presupuestarias deberán orientarse a la consolidación de la base económica de la primera fase del nuevo modo de acumulación y redistribución.

⁴⁹ Id

⁵⁰ Constitución de la República del Ecuador Art. 300 y 301.

⁵¹ Id. 292

⁵² Constitución de la República del Ecuador Art. 357.

4. Las decisiones de asignación de recursos propenderán a la reducción de brechas de equidad territorial.
5. Adicionalmente la política de gasto tiene como objetivo básico ampliar la cobertura del gasto social fundamentalmente en los sectores de salud y educación, a fin de corregir inequidades sociales y de género. Según lo dispone el Art. 286 de la Constitución los egresos permanentes para salud, educación y justicia serán prioritarios.

Así también se enmarcará en lo dispuesto en el Objetivo 2 del PNBV respecto a mejorar las capacidades y potencialidades de la ciudadanía que señala que “...las propuestas constitucionales podrán hacerse efectivas solamente a través de políticas públicas que garanticen la nutrición equilibrada y suficiente de la población; la generación de infraestructura y la prestación de servicios de salud; el mejoramiento de la educación en todos sus niveles, incluida la formación y capacitación de funcionarios públicos, así como la implantación de orientaciones y acciones para el desarrollo de la actividad física y del deporte de calidad...”⁵³.

En este sentido, las premisas claras están dadas en el Objetivo 7 del PNBV en cuanto a disponer de una infraestructura física de fácil y amplio acceso, en la que se pueda deliberar, conocer y disfrutar experiencias que refuercen el desarrollo espiritual, físico e intelectual de la población; eliminar barreras de acceso a personas con discapacidad; mejorar el transporte público y la seguridad ciudadana, descriminalizar el trabajo autónomo y de economía popular; promover la circulación de expresiones culturales y creaciones artísticas diversas; y democratizar progresivamente el acceso al ciberespacio.

De la misma forma se fundamentará en el Objetivo 11 del PNBV: El camino para este cambio estructural está señalado por las orientaciones constitucionales. Así, la centralidad asignada al Buen Vivir y a la soberanía alimentaria y económica lleva a reubicar fines y medios del sistema económico. El fin es la reproducción de ciclos de vida, en su sentido integral, y el logro de equilibrios entre producción, trabajo y ambiente, en condiciones de autodeterminación, justicia y articulación internacional soberana.

Por lo expuesto, es importante garantizar que el gasto público sea efectivo, es decir que alcance altos niveles de eficiencia y eficacia para lo cual las proyecciones de gastos que se incorporen en la proforma se calcularán en función de los recursos humanos, físicos y materiales requeridos para la consecución de los objetivos y metas del plan operativo contenidos en los programas, proyectos y actividades del presupuesto.

Es importante mencionar lo dispuesto en el Art. 297 de la Constitución de la República que establece que “Todo programa financiado con recursos públicos tendrá objetivos, metas y un plazo predeterminado para ser evaluado, en el marco de lo establecido en el Plan Nacional de Desarrollo.

Las Instituciones y entidades que reciban o transfieran bienes o recursos públicos se someterán a las normas que las regulan y a los principios y procedimientos de transparencia, rendición de cuentas y control público. Por lo tanto, no se admitirá la proyección inercial del gasto, por lo que todo requerimiento de asignación presupuestaria se

⁵³ SENPLADES, PNBV

justificará en el cumplimiento de los planes institucionales, a los que se refiere el Art. 54 del COPLAFIP. Las proformas institucionales del año 2012 no incorporarán asignaciones globales sujetas a distribución.

Adicionalmente, se deberá considerar la siguiente regla constitucional (Art. 286) que establece que los egresos permanentes se financiarán con ingresos permanentes. Los egresos permanentes para salud, educación y justicia serán prioritarios y, de manera excepcional, podrán ser financiados con ingresos no permanentes.

3.5.3. Inversión pública

De acuerdo al planteamiento del presente Gobierno, el país se encuentra en un proceso de cambio que requiere enfrentar nuevos desafíos, la Constitución de la República, el Plan Nacional del Buen Vivir y las Políticas Públicas han restablecido la importancia de la inversión pública como variable instrumental para lograr los cambios estructurales que permitan tener una sociedad más justa, solidaria y, sobre todo, en la que se pueda convivir en armonía con nuestros semejantes y con la naturaleza, ejerciendo plenamente el buen vivir. El Gobierno central piensa que “quedaron atrás los días en que la inversión pública se limitaba a las posibilidades del ajuste fiscal y la estabilización macroeconómica; y, así la salud, la educación, la cultura, el ambiente, entre otros ámbitos, quedaban relegados al cumplimiento de los llamados equilibrios macroeconómicos. Por ello, ahora hay una mayor responsabilidad para quienes proponen, desarrollan, gestionan y ejecutan proyectos y programas de inversión pública. Se debe velar por la calidad de la inversión, por el uso oportuno y óptimo de los recursos fiscales, por la coherencia programática de las iniciativas, en el mediano y largo plazos; y, sobre todo, asegurarse de que estas inversiones sean altamente rentables desde el punto de vista económico, social o ambiental”.⁵⁴

La Constitución de la República, aprobada por las ecuatorianas y los ecuatorianos en referéndum nacional durante el año 2008, crea el Consejo Nacional de Planificación y le faculta aprobar el Plan Nacional de Desarrollo. El artículo 280 del texto constitucional establece que dicho plan será el instrumento al que se sujetarán, entre otros elementos, la programación y ejecución del presupuesto del Estado, así como la inversión y asignación de los recursos públicos. Sobre la base de este fundamento, y otros postulados del texto constitucional, se establece el principio de primacía de la planificación nacional. De esta manera, la planificación se constituye como la primera directriz política, establece los objetivos de desarrollo y tiene preponderancia sobre las políticas públicas y la asignación de recursos públicos en general. Es decir, a partir de los objetivos de desarrollo que plantea la planificación nacional deberán desarrollarse proyectos y programas de inversión que permitan cumplirlos objetivos planteados. En otras palabras, la programación de la inversión pública debe estar subordinada a los objetivos de desarrollo nacional y a lo establecido en la Constitución que dispone la incorporación del enfoque de género en planes y programas.

La Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo -SENPLADES, como institución responsable de la planificación de inversión pública, tiene dentro de sus competencias la elaboración del Plan Anual y el Plan Plurianual de Inversión.

⁵⁴ Ministerio de la Coordinación Económica. PNBV

La presentación de proyectos de inversión por parte de las entidades que conforman el Presupuesto General del Estado, para su dictamen de prioridad, con el fin de ser incluidos en el Plan Anual y Plan Plurianual de Inversiones, cuando sea del caso, así como para optar por financiamiento del mismo Presupuesto, debe ceñirse a las Directrices que para el efecto ha elaborado la Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo.

3.7. Política de Programación Presupuestaria

3.7.1. Presupuesto General del Estado

Como se explicó en el literal 2.1.1.1 del presente documento el Presupuesto General del Estado es el instrumento fundamental de la Política Fiscal, para la determinación de la gestión de los ingresos y egresos de las entidades de las diferentes funciones del Estado; mediante el cual el gobierno influye en los agregados económicos, así como en la ejecución adecuada del Sistema Nacional de las Finanzas Públicas, toda vez que determina que las entidades y organismos deben gestionar en forma programada los ingresos, gastos y financiamiento de conformidad a sus presupuestos institucionales en concordancia con lo establecido en el COPLAFIP.

La programación cuatrianual 2012-2015 y la formulación presupuestaria para el ejercicio 2012, se orientará hacia la optimización del ingreso y gasto público, priorizando las inversiones en términos de eficiencia y eficacia, considerando los límites de financiamiento determinados por la agenda económica y los lineamientos de la política fiscal previstos en función de los objetivos y metas estratégicos previstos en el Plan Nacional para el Buen Vivir.

La elaboración de la programación presupuestaria anual y cuatrianual 2012-2015 a nivel de instituciones responsabilidad de la Unidad de Administración Financiera - UDAF, tanto a nivel de grupo y fuente en ingresos como en gastos dentro de un programa y/o proyecto.

El Presupuesto General del Estado estará conformado por todos los ingresos y egresos del sector público, con excepción de los pertenecientes a la seguridad social, la banca pública, las empresas públicas y los gobiernos autónomos descentralizados, de conformidad con lo que establece la Constitución y el COPLAFIP.⁵⁵

Las entidades que conforman el Presupuesto General del Estado efectuarán la programación de sus presupuestos en concordancia con lo previsto en el Plan Nacional de Desarrollo, las directrices expuestas y la planificación institucional. Las entidades por fuera del Presupuesto General del Estado que reciben asignaciones de este, se sujetarán a las transferencias, asignaciones y otros recursos que se consideren en el Presupuesto General del Estado y en función de lo determinado en el COPLAFIP.⁵⁶

⁵⁵ Constitución General del Estado Art. 292

⁵⁶ COPLAFIP

3.8. Lineamientos generales

3.8.1. Formulación de Proformas Institucionales

Cada entidad y organismo sujeto al Presupuesto General del Estado formulará la proforma del presupuesto institucional, en la que se incluirán todos los egresos necesarios para su gestión y los ingresos de ser el caso.

En lo referido a los programas y proyectos de inversión, únicamente se incluirán los que hubieren sido incorporados en el Plan Anual de Inversiones, o que hubieren obtenido la prioridad de la Secretaría Técnica del Sistema Nacional Descentralizado de Planificación Participativa durante la ejecución presupuestaria. Dichas proformas deben elaborarse de conformidad con el Plan Nacional de Desarrollo, la programación fiscal y las directrices presupuestarias.

Las proformas presupuestarias de las entidades sometidas al Código Orgánico de Planificación y Finanzas Públicas, que no estén incluidas en el Presupuesto General del Estado, serán aprobadas conforme a la legislación aplicable del Art. 112 del Código Orgánico de Planificación y Finanzas Públicas. Una vez aprobados los presupuestos serán enviados con fines informativos al ente rector de las finanzas públicas en el plazo de 30 días posteriores a su aprobación. Las Empresas Públicas Nacionales y la Banca Pública, tendrá además, la misma obligación respecto a la Asamblea Nacional.

Las proformas presupuestarias de las empresas públicas, gobiernos autónomos descentralizados, banca pública y seguridad social incorporarán los programas, proyectos y actividades que hayan sido calificados y definidos de conformidad con los procedimientos y disposiciones previstas en el Código Orgánico de Planificación y Finanzas Públicas y demás leyes.

En la formulación de las proformas presupuestarias del sector público, incluidas las de las empresas públicas, gobiernos autónomos descentralizados, banca pública y seguridad social, se observarán obligatoriamente las normas, técnicas, directrices, clasificadores y catálogos emitidos por el ente rector del SINFIP, a fin de dar cumplimiento a lo emitido en el COPAFIP.⁵⁷

Las empresas públicas, gobiernos autónomos descentralizados, banca pública y seguridad social, de manera provisional para el año 2012, tomarán como referencias éstas directrices en la medida que se adapte a su estructura programática o giro de negocio.

3.9. Lineamientos específicos

Para la programación formulación y presentación de sus proformas, las instituciones observarán las directrices presupuestarias respecto a ingresos y gastos emitidos por el Ministerio de Finanzas, y para el caso de la inversión pública se acatarán de manera obligatoria las directrices emitidas por SENPLADES. Para fines de análisis la clasificación

⁵⁷ COPLAFIP. Art. 101

que se desagrega está en función de la clasificación económica del ingreso y gasto, de acuerdo a los artículos 78 y 79 del COPLAFIP. El periodo será para los años 2012 – 2015.

3.9.1. Ingresos

Los recursos que por cualquier concepto obtengan, recauden o reciban las entidades y organismos que conforman el Presupuesto General del Estado son recursos públicos, por lo que su uso no podrá ser determinado directamente por aquellas entidades u organismos, a excepción de los recursos fiscales generados por las instituciones, de conformidad con lo estipulado en el Art. 99 del COPLAFIP.

3.9.1.1. Ingresos corrientes

Impuestos, tasas y contribuciones

La proyección de los ingresos por impuestos se realizará sobre la base de las metodologías aplicadas para estos conceptos, los objetivos y metas de la recaudación tributaria definidos por el Servicio de Rentas Internas-SRI y el Servicio Nacional de Aduanas el Ecuador-SANAE.

Las instituciones que reciben participaciones por impuestos los incorporarán en sus proformas sobre la base de la proyección elaborada por la Subsecretaría de Presupuestos, de modo que exista coherencia con la recaudación total proyectada de los mismos, como es el caso de lo contemplado en la Ley 10 del Fondo para el Ecosedesarrollo Regional Amazónico y Ley 47.

Las instituciones que incorporen recursos por la venta de bienes y servicios, tasas, contribuciones, derechos, rentas de inversiones, multas y otros que se generen por las actividades propias de los organismos con utilización de la infraestructura del patrimonio estatal, deberán contar con la base legal que permita su cobro y la justificación para la proyección del 2012-2015. Dicha proyección se realizará sobre la recaudación efectiva acumulada al mes de junio, la proyección al 31 de diciembre de 2011 y la tendencia y expectativas de incremento en precios y valores de tasas, derechos u otros.

En la proforma se incorporará la totalidad de los ingresos previstos y proyectados, a fin de evitar incluir ingresos no presupuestados durante la ejecución que requiere la aprobación de una reforma presupuestaria sujeta a las restricciones legales por aumento al techo del presupuesto aprobado.

Transferencias

Toda transferencia corriente que proyecte recibir la institución de otras instituciones del sector público, deberá ser incorporada como parte de los ingresos de la proforma, siempre y cuando se respalde con la base legal que sustente la transferencia. En el caso de las entidades cuya autonomía está dispuesta en la Constitución de la República deberán mantenerse las transferencias interinstitucionales.

Para el resto de instituciones del PGE deberán considerarse transferencias intra institucionales e interinstitucionales entre estos entes, siempre y cuando se enmarquen en las disposiciones legales establecidas en la Constitución de la República y el Código Orgánico de Planificación y Finanzas Públicas.

Capital

Las instituciones incorporarán los ingresos que estimen por recuperación de inversiones y ventas de activos productivos o improductivos. En este último caso, los valores incluidos en la proforma deberán ser coherentes con el listado que deberá remitirse como anexos según lo señalado en el Artículo 99 del Código Orgánico de Planificación y Finanzas Públicas.

De financiamiento

El endeudamiento público se sujetará a las regulaciones previstas en los Arts. 290 Y 291 de la Constitución de la República, y lo establecido en el Capítulo IV Del Componente de Endeudamiento Público del Código Orgánico de Planificación y Finanzas Públicas, de forma que sólo se recurrirá a éste cuando los ingresos fiscales y los recursos provenientes de la cooperación internacional sean insuficientes y sin que se afecte a la soberanía, los derechos, el buen vivir y la preservación de la naturaleza.

Con endeudamiento público se financiarán exclusivamente programas y proyectos de inversión para infraestructura o que tengan capacidad financiera de pago. Se podrá seguir financiando programas o proyectos que no cumplen estos requisitos solo si se encuentran en ejecución (proyectos de arrastre), basados en la legislación vigente de cuando se iniciaron, y acatando lo previsto en los Arts. 290 y 291 de la Constitución de la República.

Para tal efecto, las instituciones remitirán a la Subsecretaría de Crédito Público del Ministerio de Finanzas sus previsiones por desembolsos según la real capacidad de ejecución de los proyectos, mismas que deberán guardar coherencia con las previsiones de gastos.

Las instituciones que, por la naturaleza de sus actividades, deban proyectar saldos de caja y bancos al término del ejercicio fiscal 2011 (entidades con autonomía prevista en la Constitución de la República), los incorporarán en la proforma 2012, los saldos corresponderán exclusivamente a recursos de autogestión o saldos de desembolsos de créditos y no incluirán saldos del aporte fiscal ni de fondos de terceros.

Gastos

La programación del gasto se realizará en concordancia con lo previsto en el Plan Nacional de Desarrollo y a los planes institucionales, de forma que pueda cumplirse con lo establecido en el Art. 97 del Código Orgánico de Planificación y Finanzas Públicas, las proformas institucionales no incorporarán asignaciones globales sujetas a distribución, salvo las que determine el Ministerio de Finanzas. El periodo será para los años 2012 – 2015.

3.9.2. Gastos corrientes

Gastos en personal

Los gastos en personal para el año 2012 y programación presupuestaria cuatrianual 2012 al 2015, deberán ser solicitadas a través del Subsistema Presupuestario de Remuneraciones y Nómina del Sector Público e-SIPREN por todas las entidades, instituciones y organismos que forman parte del Presupuesto General del Estado-PGE y las empresas públicas que reciben asignaciones del PGE, lo que permitirá proyectar las remuneraciones estrictamente en función de la información que consta en el e-SIPREN al 31 de julio de 2011 a nivel de régimen laboral, la misma que debe sustentarse en los distributivos de Remuneraciones Mensuales Unificadas-RMU y sus reformas registradas y aprobadas por el Ministerio de Finanzas hasta la fecha señalada.

El Ministerio de Finanzas, conjuntamente con el Ministerio de Educación determinarán los gastos en personal para los funcionarios amparados por la Ley Orgánica de Educación Intercultural, conforme a lo establecido en el Art. 115 de la citada Ley, para lo cual utilizará los registros existentes en el e-SIPREN y la escala vigente al 31 de julio de 2011, cuyos valores se registrarán en las proformas de la Planta Central del Ministerio de Educación y sus Entidades Operativas Desconcentradas.

Para el caso de los obreros sujetos al Código de Trabajo amparados o no por contratos colectivos, los gastos en personal, se establecerán en función de los registros constantes en el e-SIPREN y la escala vigente al 31 de julio de 2011. Se incorporará el monto global proyectado de la masa salarial considerando el límite de incremento de los techos establecidos para los salarios unificados y demás beneficios económicos y sociales de los trabajadores que determine el Ministerio de Relaciones Laborales para el año 2011, así como lo dispuesto en la LOSEP, Codificación del Código de Trabajo y los lineamientos establecidos en el D.E.1701 publicado en el R.O. No. 592 de 18 de mayo de 2009 y su reforma contenida en el Decreto 225 publicado en el R.O. No. 123 de 4 de febrero del 2010.

Para la estimación de los gastos en personal de los médicos, odontólogos, obstétricas, laboratoritos, psicólogos que laboran en el sector público, se considerará la Resolución No. 33 de 2 de febrero de 2011 expedida por el Ministerio de Relaciones Laborales.

Para la definición de los gastos en personal por concepto de servicios personales por contratos para el período 2012 - 2015, las entidades aplicarán lo establecido en los Arts. 143 y 144 del Reglamento a la LOSEP y el Art. 58 de la LOSEP, en donde se señala que la contratación de personal ocasional no podrá sobrepasar el veinte por ciento (20%) de la totalidad del personal de la entidad contratante; encaso de que se supere dicho porcentaje deberá contarse con la autorización previa del Ministerio de Relaciones Laborales, estos contratos no podrán exceder de doce meses de duración o hasta que culmine el tiempo restante del ejercicio fiscal en curso; cualquier requerimiento adicional en la proforma se justificará siempre que se encuentre determinada en la Planificación de Recursos Humanos y se cuente con la disponibilidad fiscal.

Todo proceso de reorganización y reestructura institucional previo el dictamen presupuestario, requerirá el informe favorable de la SENPLADES y Ministerio de Relaciones

Laborales y en el caso de la Función Ejecutiva se deberá cumplir con el Decreto Ejecutivo 195 publicado en el R.O.S. No. 111 de 9 de enero de 2010 y sus reformas; y, los D.E. 726 y 729 de 8 y 11 de abril de 2011, que expiden disposiciones para la organización de la Función Ejecutiva y crea el Comité de Gestión Pública Interinstitucional.

Las instituciones que para el periodo 2012 - 2015, hayan previsto efectuar procesos de reestructura o reorganización institucional cuyo efecto sea:

Creación de puestos

Las instituciones deberán priorizar considerando el uso de los puestos vacantes que tenga la entidad y el monto destinado para cubrir los contratos de servicios ocasionales y el Art. 64 de la LOSEP relacionado con la selección de personal con discapacidad o enfermedades contagiosas.

Revisión a la clasificación de puestos.- Se priorizará la revisión de la clasificación de puestos considerando inicialmente sus puestos vacantes los mismos que pueden ser reajustados a grupos ocupacionales menores o mayores en función de la asignación presupuestaria que dispongan estos puestos; y de ser el caso solicitar recursos adicionales, para lo cual utilizarán el aplicativo que estará a disposición en el e-SIPREN.

Reducción de personal

Las entidades que requieran asignaciones para financiar el pago de indemnizaciones por supresión de puestos, solicitarán con los justificativos correspondientes al Ministerio de Finanzas que se incluya en la Proforma el monto y límite determinado para estos casos en los Mandatos Constituyentes Nos. 2 y 4 de 24 de enero y 12 de febrero del 2008 y las disposiciones de la LOSEP y su Reglamento. En igual monto y límite se incluirá los recursos para el caso de renunciaciones voluntarias para acogerse al beneficio de la jubilación o por despido intempestivo. En los casos que corresponda se observará lo dispuesto en la LOSEP y su Reglamento.

Para el caso del incentivo para acogerse a la jubilación del personal docente se considerará lo determinado por la Disposición Transitoria Vigésima Primera de la Constitución de la República del Ecuador y lo dispuesto en la Ley Orgánica de Educación Intercultural-LOEI.

Para el cálculo de las aportaciones a la seguridad social (aporte patronal, individual y fondo de reserva), las instituciones, entidades y organismos previstos en el Art. 3 de la LOSEP, deberán sujetarse a lo dispuesto en la Ley de Seguridad Social publicada en el Suplemento del Registro Oficial 465 de 30 de noviembre del 2001. Igual tratamiento se observará para el personal docente sujeto a la Ley Orgánica de Educación Intercultural-LOEI, por lo que las cotizaciones (% de aportación) y bases imponibles serán las establecidas en el sistema de historia laboral del IESS la misma que será igual a los datos registrados en la Pre-Planilla del IESS del e-SIPREN.

La estimación de los requerimientos para el pago de horas extraordinarias y suplementarias, dietas, honorarios, encargos y subrogaciones se sustentará en lo dispuesto en el Art. 114 de la LOSEP y su Reglamento Arts. 265, 266, 267, 268 y más normas vigentes y el valor codificado en el vigente presupuesto al 31 de julio de 2011; por lo que, su monto se

mantendrá para la proforma 2012, para los siguientes años de la programación cuatrianual, se incrementará lo estrictamente indispensable para cumplir con los objetivos de la planificación institucional y sobre la base de las posibilidades de financiamiento .

Para el caso del pago por Remuneración Variable por Eficiencia (RVE) y Bonificación Geográfica se estimará en función de lo que determine el Ministerio de Relaciones Laborales, en caso de no contar con este justificativo se coordinará con este Portafolio a fin de establecer un monto destinado a cubrir estas obligaciones.

El Salario Básico Unificado (SBU) se utilizará el vigente al 31 de julio de 2011 y el ajuste se realizará una vez que el Ministerio de Relaciones Laborales estime los valores para el periodo 2012 – 2015.

Las entidades a partir del 1 de agosto de 2011, podrán acceder al aplicativo de simulación y estimación de gastos en personal que estará disponible en el e-SIPREN con el nombre de “Estimación 2012-2015”, cuya información estará disponible a nivel de régimen laboral, nivel, grupo ocupacional, grado, RMU, % IESS, estado de puestos e incluirá todos los registros del distributivo de remuneraciones.

Este aplicativo permitirá realizar proyecciones de creación de puestos, supresión, jubilación, registrar renuncias y posibles reclasificaciones de puestos, es obligación de la entidad realizar esta simulación para lo cual establecerá la estructura programática definida en PYF del e-SIGEF.

Así también se pide revisar que al momento de elaborar la estructura programática de gastos en personal se estandarice su aplicación esto es si es a nivel de ubicación del gasto se utilice el genérico en la actividad “Administración Central” y se use adecuadamente la función, si utiliza para la desagregación de la estructura programática la estructura orgánica, se recomienda que esta actualice en la información del distributivo en “Datos Adicionales” y opte por la clasificación de ubicación del gastos indicada anteriormente.

Cabe señalar, que una vez concluida la estimación de gastos en personal en el e-SIPREN, la entidad deberá solicitar por año y automáticamente se registrará su pedido en el módulo de PYF del e-SIGEF, concluido este proceso no podrá realizar correcciones posteriores por lo que se recomienda su revisión y validación en función de su planificación institucional.

Bienes y servicios de consumo

La proyección de los requerimientos de bienes y servicios de consumo corriente se sustentará en las demandas originadas en los programas y actividades incorporados en la proforma, cuyo soporte radica en los planes operativos. En ningún caso los requerimientos para este tipo de gastos en las proformas excederán el techo señalado por el Ministerio de Finanzas.

Gastos financieros y otros gastos

Los gastos destinados al pago de intereses y comisiones de la deuda interna y externa se proyectarán según las condiciones y tasas de interés que correspondan a cada crédito.

Transferencias

Las transferencias a favor de personas naturales o instituciones privadas sin fines de lucro deberán contar con la base legal o contractual que las sustente. Su incorporación en la proforma se justificará en la medida que contribuyan al cumplimiento de los objetivos, metas y resultados del plan operativo ya la consecución de las metas de bienes y servicios de los programas incorporados en las proformas.

Las transferencias por concepto de cuotas y convenios con instituciones nacionales y organismos internacionales se justificarán, de igual forma, en función de la base legal respectiva y en los compromisos asumidos por el país.

Toda transferencia que proyecte entregar la institución a otras instituciones del sector público, deberá ser incorporada como parte de los gastos en la proforma.

En caso de entidades cuya autonomía está consagrada en la Constitución de la República, no están previstas transferencias intra institucionales no así las transferencias interinstitucionales.

Gastos de producción

El grupo 6 del Clasificador Presupuestario de Ingresos y Gastos es de uso exclusivo de las empresas públicas, mismas que se sujetarán a la Ley de Empresas Públicas.

En las instituciones del ámbito del Presupuesto General del Estado cuya misión institucional no es fundamentalmente la de realizar tareas de producción de bienes y servicios pero que requieran identificar una actividad específica, dentro de la apertura programática de su presupuesto, podrán incorporar esa actividad de producción ligada a un programa que represente adecuadamente cual es el objetivo a alcanzar.

Gastos de inversión

En las proformas de las instituciones públicas se incluirán exclusivamente los proyectos de inversión que han sido validados y aprobados en el PAI por la SENPLADES.

El Ministerio de Finanzas en el mes de agosto del presente año, a través de la herramienta e-SIGEF, habilitará en el módulo de PYF (programación y formulación presupuestaria) los techos aprobados por la SENPLADES por grupo de gastos, a fin de que las entidades procedan a la desagregación a nivel de la estructura programática con el respectivo ítem presupuestario. Este acceso será comunicado oportunamente a las instituciones para que cumplan este proceso.

Para el caso de los proyectos con financiamiento de crédito interno o externo, se considerará las metas de desembolsos determinadas por el Ministerio de Finanzas en coordinación con la SENPLADES, las que servirán adicionalmente para la determinación de la contraparte local.

Para la determinación de los gastos en personal de inversión de proyectos de arrastre o nuevos proyectos se sujetarán estrictamente a los datos del Sistema Presupuestario de Remuneraciones y Nóminas del Sector Público y las directrices indicadas para el caso de gastos en personal, así como al monto que la SENPLADES ha definido para este grupo de gasto al momento de establecer el PAI por institución.

Gastos de capital

Las instituciones incorporarán asignaciones para adquisiciones de bienes muebles e inmuebles, en los casos que sean necesarios para el cumplimiento de los objetivos, metas y resultados de los programas que se incorporen en la proforma. En caso de bienes inmuebles se deberá coordinar dicha adquisición con la unidad de gestión inmobiliaria del sector público.

Amortización de la deuda pública

Las asignaciones para el servicio de la deuda se establecerán de conformidad con las tablas de amortización, plazos y tasa de interés correspondientes a cada crédito. El Ministerio de Finanzas determinará las asignaciones necesarias para el cumplimiento de las disposiciones determinadas en el COPLAFIP.

Del presupuesto

El presupuesto constituye el instrumento de política fiscal por medio del cual se asignan los recursos necesarios y se viabiliza la ejecución de acciones que conducirán al cumplimiento de objetivos y metas definidos en el plan operativo anual de la institución.

La Normativa del Sistema de Administración Financiera está contenida en el Acuerdo Ministerial No.447 de 29 de diciembre de 2007, publicada en el Suplemento del Registro Oficial 259 de 24 de enero de 2008 y sus reformas, que tiene vigencia y fueron convalidadas mediante Acuerdo Ministerial No.283 de 22 de octubre de 2010, en lo que no se oponga a las disposiciones del COPLAFIP.

IV: Evolución del Presupuesto General del Estado asignado al sector de la salud

4.1. Introducción

En los últimos años se aprecia un progreso de las condiciones de salud de la población ecuatoriana; sin embargo, aún se registran tasas elevadas de mortalidad neonatal, infantil, niñez, materna y general, mismas que se indicarán en el presente capítulo; de igual manera se ha podido evidenciar las deficiencias en lo que concierne a infraestructura, recursos humanos y atención a los pacientes que acuden a las distintas casas de salud, sobre todo esto se evidencia en la zona rural más que en la urbana.

Igualmente existe un aumento de la esperanza de vida en el país y en misma proporción existe una creciente inquietud de que los nuevos problemas en materia de salud puedan deteriorar los éxitos alcanzados en muchos casos debido a la limitación en su presupuesto.

4.2. Indicadores analíticos de la inversión en el sector salud en el Ecuador

En Ecuador el Ministerio de Salud Pública está a cargo de tomar decisiones técnicas y administrativas que permitan fortalecer el análisis de la Situación de Salud y la Vigilancia en salud Pública.

Esta Institución se basa en indicadores básicos que permitan la identificación de inequidades y así le permita actuar de manera diferencial para superarlas, también mantienen el proceso de formulación de Políticas de Estado, así como la planeación y evaluación de acciones para resolver problemas, modificar factores de riesgo y disminuir las desigualdades.

En el año 2007 se creó El Plan Nacional de Desarrollo 2007 - 2010, mismo que propone, entre sus Objetivos “aumentar la esperanza y la calidad de vida de la población”.⁵⁸ Una de sus Políticas instituye el fortalecimiento de “la predicción y prevención de la enfermedad, el desarrollo de capacidades para advertir, anteponerse y controlar la morbilidad, los riesgos ambientales, los accidentes, la violencia y las discapacidades”.⁵⁹ Las Estrategias 5 y 7 señalan, individualmente, el “fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica e intervención inmediata sobre la morbilidad y mortalidad de procesos prevalentes y de notificación obligatoria”,⁶⁰ así como la “implantación del sistema común de información, geo

⁵⁸ Plan Nacional de Desarrollo 2007-2010

⁵⁹ Ibid.

⁶⁰ Id.

referenciado, que incorpore las categorías de género, edad, etnia, con información actualizada y desagregada por provincia, cantón, área de salud y niveles de atención”.⁶¹

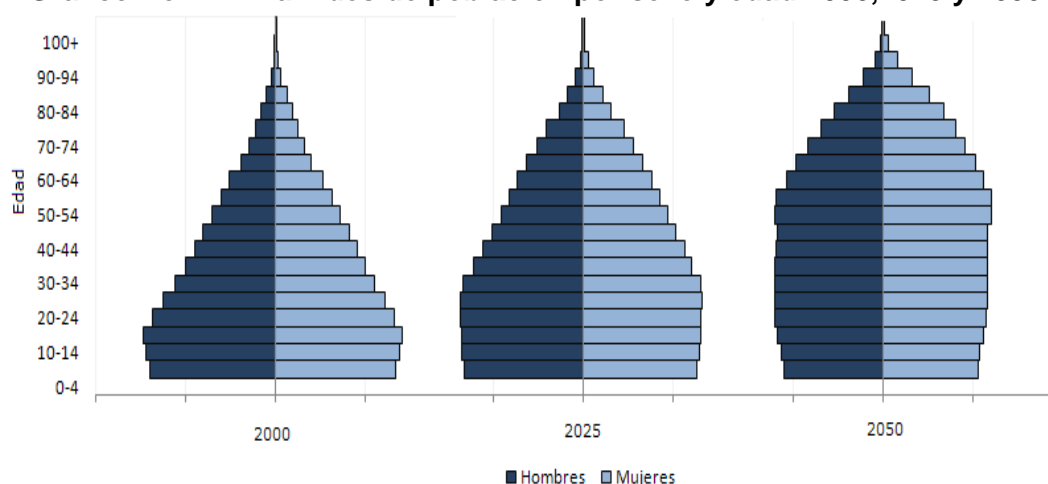
Los indicadores representan variables de población, mortalidad, morbilidad, coberturas de inmunización, entre otras y aquellas correspondientes al presupuesto y servicios hospitalarios.

4.2.1. Distribución de la población ecuatoriana por edad y sexo y etnia.

De acuerdo a los resultados emitidos por el VII Censo de Población y VI de Vivienda, el país tiene 14'306.876 habitantes y que la provincia más habitada es Guayas con 3,5 millones de habitantes, seguida de Pichincha con 2,5 millones. Comparando con el Censo anterior (2001) en el que la población fue de 12,5 millones de personas, la tasa de crecimiento anual resultante es de 1,52%.⁶²

La densidad demográfica, según los resultados, se ubica en 55,8 habitantes por kilómetro cuadrado. Para una superior medición de los indicadores de salud a través de la pirámide poblacional se mide el número de habitantes por grupo de edad.

Gráfico No 11: Pirámides de población por sexo y edad 2000,2025 y 2050



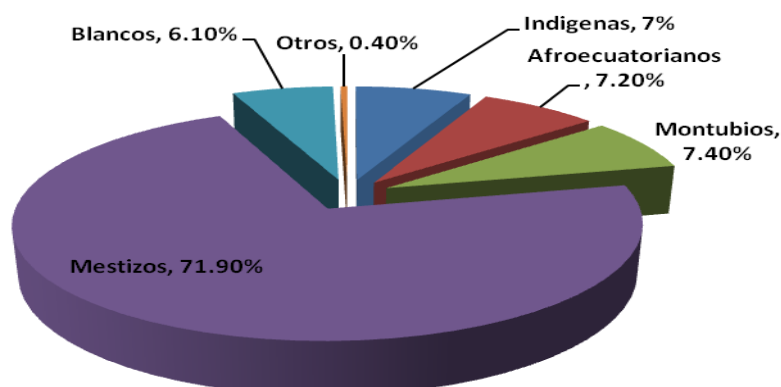
Fuente: INEC-CEPAL, 2010, Ecuador proyecciones de población 1950 – 2025
Elaboración: INEC

⁶¹ Id.

⁶² INEC, (2011), *Censo Nacional de Población y Vivienda*, p44

De acuerdo a la distribución étnica nuestro país mantiene los siguientes porcentajes:

Gráfico No 12: Distribución étnica



Fuente: INEC (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos), 2011, Censo nacional
Elaboración: Alejandro Cisneros

En la grafica se demuestra que el 71,90% de la población del Ecuador son mestizos, seguidos de montubios, afroecuatorianos e indígenas respectivamente

4.2.2. Esperanza de vida al nacer

De acuerdo a lo estipulado por el SIISE, este indicador representa el número promedio de años que se espera viviría un recién nacido, si en el transcurso de su vida estuviera expuesto a las tasas de mortalidad específicas por edad y por sexo prevalentes al momento de su nacimiento para un año específico, en un determinador territorio.

Cuadro No 4: Esperanza de vida al nacer Ecuador 1985 – 2010

PERIODOS QUIQUENALES	AMBOS SEXOS	HOMBRES	MUJERES
1985-1990	67.50	65.30	69.90
1990-1995	70.00	67.60	72.60
1995-2000	72.30	69.70	75.10
2000-2005	74.20	71.30	77.20
2005-2010	75.00	72.10	78.00

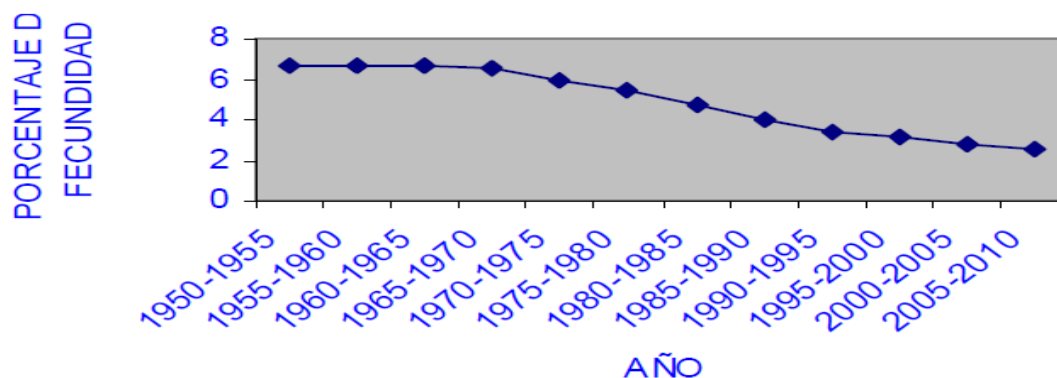
Fuente: CEPAL, 2010, Ecuador proyecciones de población 1950 – 2025 INCE-CEPAL
Elaboración: Alejandro Cisneros

Lo que evidencia que la esperanza de vida ha incrementado en los últimos 10 años tanto para mujeres y hombres respectivamente, lo que nos indica que la población ha mejorado su calidad de vida debido a múltiples factores, entre ellos la mejor atención en salud y mejor cuidado en atención primaria de salud en los últimos años, lo que le permite tener algunos años mas de vida.

4.2.3. Evaluación de la tasa global de fecundidad

De la misma forma el SIISE indica que la tasa global de fecundidad se refiere al número promedio esperado de hijos que habría de tener una mujer durante su vida, si en el transcurso de sus años reproductivos experimentase las tasas de fecundidad especificadas por edad prevalentes en un determinado año o período, para determinado territorio.

Grafico No 13: Evaluación de la tasa global de fecundidad Ecuador 1950-2010



Fuente: CEPAL, 2010, Ecuador proyecciones de población 1950-2025 INEN-CEPAL
Elaboración: INEC

La grafica demuestra que en los últimos 10 años la tasa de fecundidad de una mujer durante su vida se ha reducido de 4 hijos a un promedio de casi 2 hijos para el año 2010.

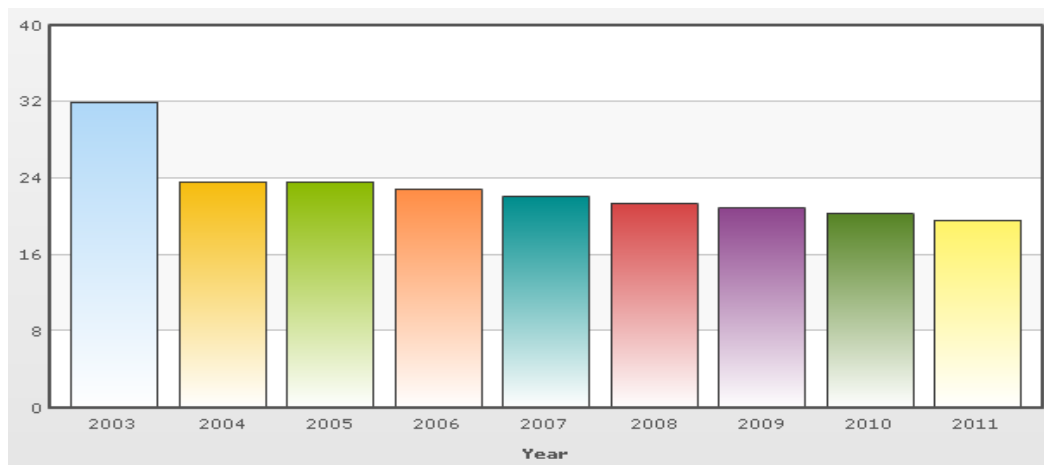
4.2.4. Tasa de mortalidad

De acuerdo a lo estipulado por el SIISE, existe tasa de mortalidad neonatal misma que se trata de un indicador de resultado que refleja varias situaciones de salud ligadas con la madre y su atención en cuanto a salud o durante el embarazo, el parto y el puerperio, en las que se encuentran inmersas las relacionadas con el estado nutricional, riesgos y presencia de toxemias del embarazo, entre otras. Este tipo de mortalidad refleja además, aunque de manera indirecta la disponibilidad de servicios salud, el nivel educativo de las madres y la condición socio sanitaria de los hogares de procedencia de las mismas, como el bienestar del medio ambiente en el que se desenvuelve.

Así también se puede decir de la tasa de mortalidad infantil indicador que refleja distintas situaciones de salud ligadas a la madre y a la atención que haya tenido durante su gestación tal cual en el caso de la mortalidad neonatal; no obstante, este refleja el estado de salud del niño durante el primer año de vida en el que tiene que ver su crecimiento, desarrollo, nutrición, avitaminosis, anemia, inmunizaciones contra las enfermedades contagiosas de más frecuencia, descubrimiento oportuno de anomalías de tipo congénito y la administración de la lactancia materna durante los 6 primeros meses de vida.

En el cuadro a continuación se puede observar una reducción de la tasa de mortalidad infantil a partir del año 2003 misma que muestra al 2011 una tasa total de mortalidad infantil de 19,65 muertes/ 1000 nacimientos. En el caso específico de infantes hombres la tasa es de 23,02 muertes/1000 nacimientos y en infantes mujeres de 16,11/1000.

Grafico No 14 Tasa de mortalidad infantil



Fuente: INEC, 2010, Anuario, datos estadísticos

Elaboración: SIISE

Entre las principales causas de mortalidad infantil en Ecuador para el año 2010 destacan las enfermedades respiratorias como la neumonía, infecciosas y la desnutrición, razón por la cual es necesario educar a los sectores más vulnerables sobre estas enfermedades que son totalmente controlables si se las trata a su debido tiempo y así evitar mortalidad infantil.

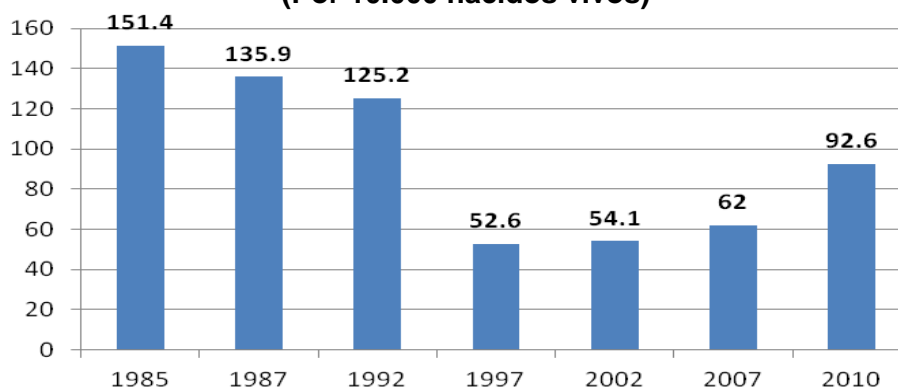
4.2.5. Tasa de mortalidad materna

De acuerdo al SIISE, la tasa de mortalidad materna es un indicador de resultado que refleja la atención que la sociedad concede al cuidado de la salud de las mujeres durante su edad fértil, consintiendo valorar la calidad de atención de salud antes, durante y después del parto. Muestra, por un lado, el acceso de las mujeres embarazadas a los servicios de salud y al personal apropiadamente calificado y, por otro, la situación nutricional de la madre, principalmente la presencia de anemia durante el embarazo.

La tasa de mortalidad materna muestra un aumento de 92,6 muertes por 100.000 nacidos vivos en 2010 en relación a 52,6 en el 2002.⁶³

⁶³ INEC, (2010), *Anuario de Estadísticas Vitales*

**Grafico No 15: Tasas de mortalidad materna período 1985 – 2010
(Por 10.000 nacidos vivos)**



Fuente: INEC, 2010, Anuario de Estadísticas Vitales: Nacimientos y Defunciones
Elaboración; Alejandro Cisneros

Las principales causas de muerte materna en Ecuador para el año 2010, son hipertensión gestacional, eclampsia, hemorragia pospartos.

De acuerdo a la OMS, en el mundo entero existe una notable coherencia en cuanto a las causas de muerte materna. En su gran mayoría se deben a complicaciones obstétricas directas como hemorragia, sepsias, complicaciones del aborto, preclamsia y trabajo de parto obstruido. En menor porcentaje las muertes se deben a causas indirectas como trastornos médicos preexistentes agravados por causa del embarazo o el parto.

También se puede mencionar el hecho que un gran porcentaje de mujeres gestantes que viven en zonas rurales no acuden a establecimientos de salud para recibir la atención respectiva, dentro de las razones por las cuales no lo hacen están el temor, el costo, el mal trato recibido, el tiempo de espera, distancia, entre otros.⁶⁴

Es importante recalcar que la pobreza representa un factor preponderante en este caso, las posibilidades de que una mujer de escasos recursos muera durante el embarazo o al poco tiempo de dar a luz son más altas que en el caso de las mujeres de mejor situación económica que pueden tener acceso a atención médica particular de manera adecuada y siempre a tiempo.

En el caso específico del Ecuador se señala que la anemia, el analfabetismo, el bajo nivel económico y social de la mujer gestante como la violencia intrafamiliar, la falta de garantías para ejercer su pleno derecho a la libre elección sexual y reproductiva, el acceso limitado a programas de información, educación y comunicación, las restricciones económicas, geográficas y sociales que mantienen un buen número de mujeres para acceder a servicios específicos de calidad son factores que favorecen a mantener los altos niveles de morbi-mortalidad materna.⁶⁵

⁶⁴ Herrera Mario. (2003) *Mortalidad materna en el mundo*. Revista Chilena de ginecología. Vol. 68, pág. 538

⁶⁵ SEMPLADES. Presentación del Informe Nacional Ecuador ODM 2015, pág. 29

4.2.6. Tasa de mortalidad general

La tasa de mortalidad general en el Ecuador correspondiente al año 2002 fue de 4,4 por 1.000 habitantes al año 2010 la tasa se manifestó en 4,3 manteniendo un tendencia estable.

De acuerdo al SIISE, esto se debe a la expansión que ha tenido la cobertura de los servicios de salud, el mejoramiento de los niveles educativos de la población, la influencia de los medios de comunicación en este sentido, el acceso mayoritario de ciudadanos a inmunizaciones, el desarrollo de los fármacos para tratar y curar enfermedades que antes eran menos combatibles, la urbanización del país lo que ha provisto de servicios básicos en la mayoría de lugares.⁶⁶

4.2.7. Desnutrición global y crónica

La desnutrición afecta de manera particular a los niños y es una de las causas de mayor incidencia en la mortalidad infantil además contribuye directamente a rezagos en el crecimiento físico y desarrollo intelectual de las personas. Así se puede decir que en Ecuador alrededor de 371.000 niños menores de cinco años presentan desnutrición crónica; y de ese total, unos 90 mil la tienen grave. De acuerdo a datos emitidos por EL SIISE los niños indígenas, constituyen el 20% de los niños con desnutrición crónica y el 28% de los niños con desnutrición crónica grave.

Los niños mestizos figuran, con el 72% y el 5% del total. Este tipo de afección se produce en un 60% en niños que habitan en zonas rurales con preferencia en áreas de la Sierra. El 71% de los niños con desnutrición crónica proceden de hogares catalogados como pobres, lo cual se aplica igualmente al 81% de los niños con desnutrición crónica extrema.

La frecuencia de desnutrición representa un indicador de resultado que permite identificar grupos de intervención prioritarios de las políticas de salud y, concretamente, a niños/as con alto riesgo de muerte. Muestra el grado de desarrollo de un país; junto con las medidas de pobreza, es uno de los mejores elementos para puntualizar la situación socio sanitaria de la población. Así también se convierte en uno de los indicadores más sensibles de la aplicación de políticas sociales integrales.

El SIISE indica que los factores que causan la desnutrición son de carácter sanitario, socio económico y cultural. Mismos que sugieren la desigualdad que existe en el acceso a los alimentos o disponibilidad de servicios de salud como la inadecuada atención pre y post natal. También refiere sobre las deficiencias educativas de adultos y menores en cuanto a buena alimentación se trata. Costumbres alimentarias inadecuadas y un consumo extremos de productos industrializados que no proveen un balance nutricional.

En cuanto a las regiones geográficas principales del país, estas presentan tasas muy diferentes de mal nutrición. En la sierra los niños que viven en particular en la zona rural y en Quito poseen posibilidades mayores de registrar desnutrición crónica en un 31,9% y desnutrición grave en un 8,7% en relación a los niños de la costa que presentan un 15,6 % y

⁶⁶ SIISE, 2009, *Encuesta demográfica y de salud materna e infantil*

3,4 % respectivamente. En el caso de la Amazonía los promedios se encuentran en un 22,7% y 7,4% respectivamente.⁶⁷

La desnutrición es más elevada en el campo, entre los grupos indígenas y en los hogares que presentan extrema pobreza. Este problema potencial explica que la desnutrición sea también una causa de muerte de los niños.⁶⁸

De acuerdo a la UNICEF el Ecuador se ubica entre los 4 países con más incidencia de desnutrición dentro de la región latinoamericana como se indica en el cuadro a continuación.

Cuadro No 5: Prevalencia de la Desnutrición Crónica en 22 países del ALC.
Promedios Nacionales (niños/as menores de 5 años: talla por edad, <-2 SD, %)

Argentina	12,9	Guyana	10,8
Bolivia	25,6	Haití	22,7
Brasil	10,5	Honduras	36,2
Chile	1,6	Jamaica	5,9
Colombia	14,0	México	17,8
Costa Rica	6,1	Nicaragua	20,0
Cuba	5,0	Panamá	14,4
Rep. Dominicana	8,9	Paraguay	13,7
Ecuador	26,0	Perú	25,2
El Salvador	23,3	Uruguay	12,7
Guatemala	48,7	Venezuela	12,7

Fuente y elaboración: UNICEF, 2010 Desnutrición Infantil
www.childinfo.org/malnutrition_nutritional_status.php

4.2.8. Cobertura de inmunización infantil

El SIISE al respecto señala que se trata de un indicador de insumo que mide el resultado de las acciones de los servicios sobre la población, marcando que la cobertura de la vacunación a la población infantil ha sido una de las principales acciones públicas de salud y posiblemente una de las pocas que se han convertido en políticas de Estado.⁶⁹

Así en el país la atención primaria de salud se ha convertido en una estrategia clave para maximizar la efectividad de los sistemas de salud. Se puede decir que ha tenido efectos positivos en vista de que las principales epidemias que amenazaban a la niñez se han podido controlar gracias a las campañas de vacunación. De acuerdo a lo expuesto por el Ministerio de Salud pública y el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) en el año 2009, superaron las cifras alcanzadas en el año 2008, en todos los biológicos.

Un aspecto relevante que manifiesta el PAI es el aumento de áreas de salud con coberturas superiores al 95% que ha mejorado en todos los biológicos, así relacionando diciembre del 2008 y 2009, se establece un incremento sostenido en todos los biológicos.

⁶⁷ Consejo del Observatorio Ciudadano de los Derechos de la Niñez y Adolescencia, Observatorio Social del Ecuador y UNICEF: **Estado de los derechos de la niñez y la adolescencia en el Ecuador.**

⁶⁸ *Ib.*

⁶⁹ SIISE. 2010, **Encuesta demográfica y de salud materna e infantil**

Control de enfermedades que se ha planteado el PAI:

1. Ocho años sin Fiebre Amarilla.
2. Dieciocho años sin poliomielitis.
3. Dieciocho años sin poliomielitis.
4. Doce años sin Sarampión.
5. Cuatro años sin casos de Rubéola.
6. Disminución de casos de tosferina.
7. Ausencia de casos de difteria.
8. Eliminación de TNN como problema de salud Pública Nacional y Provincial
9. Disminución de la tendencia de 4 neumonías y meningitis por Hib.
10. Fortalecimiento de la Vigilancia Epidemiológica de las Enfermedades Inmuno prevenibles.

Actualmente el programa de vacunación tiene más vacunas que hace 10 años, por lo tanto su control es más complejo. Además los esfuerzos realizados por el Gobierno han sido significativos en cuanto a la inversión de vacunas, en el personal que aplica las vacunas y al impacto sobre las enfermedades.

4.2.9. Camas hospitalarias disponibles

Se contabiliza como cama hospitalaria de acuerdo al INEC a aquella cama que se encuentre instalada en el hospital en condiciones de uso para la atención de pacientes hospitalizados, independientemente de que estén o no ocupadas. La relación entre el número de camas hospitalarias y la población es una medida de oferta de los servicios de salud con hospitalización y su capacidad de respuesta al tamaño de la población.⁷⁰

En Ecuador para el año 2008 existieron 1,5 camas por 1.000 habitantes; dentro de estas incluye camas de hospitalización en los hospitales públicos, privados, generales, especializados y centros de rehabilitación.

Cuadro No 6: Camas Hospitalarias disponibles según regiones.
Años 2000, 2004, 2010

REGIONES	2000	2004	2010
Sierra	9.395	9.499	11.267
Costa	9.547	10.946	11.713
Amazónica	592	677	774
Insular	30	15	30
Zona no delim.		63	
TOTAL	19.564	21.200	23.784

Fuente: INEC, 2010, Anuario de estadísticas hospitalarias

Elaboración: Alejandro Cisneros

Según el grafico anterior se puede observar que desde el año 200 hasta el año 2010 incremento en 4000 aproximadamente el número de camas existentes a nivel nacional.

⁷⁰ INEC: Anuario de Estadísticas de Salud

4.2.10. Número de establecimientos de salud

De acuerdo al INEC el número de establecimientos de salud con y sin internación hospitalaria en el período de 2001 a 2010 se pueden apreciar en el siguiente cuadro:

Cuadro No 7: Número de establecimientos de salud (2001-2010)

Años	Total	Con Internación	Sin Internación
2001	3.652	623	3.029
2002	3.623	642	2.981
2003	3.501	628	2.873
2004	3.790	700	3.090
2005	3.912	743	3.169
2006	3.681	683	2.998
2007	3.847	729	3.118
2008	3.813	714	3.099
2009	3.894	728	3.166
2010	3.981	743	3.238

Fuente: INEC, 2010, Anuario de estadísticas hospitalaria

Elaboración: Alejandro Cisneros

Lo que se puede apreciar en el cuadro anterior que se incrementaron en 329 los centros de salud desde el 2001 al 2010, 120 centros con internación hospitalaria y 209 centros sin internación hospitalaria.

4.3. Recursos del sector de la salud

El MSP mantiene un sistema de provisión de los servicios de salud que se caracteriza por la fragmentación y segmentación, no existiendo coordinación entre actores ni separación de funciones entre subsistemas. Cada uno de ellos cuenta con una población adscrita o beneficiaria con acceso a servicios diferenciados. Cada institución del sector salud mantiene un esquema de organización, gestión y el financiamiento es programado por cada unidad médica pero los recursos son asignados por el Ministerio de Finanzas anualmente.

El subsector público está conformado por los servicios del MSP, el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), el Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas (ISSFA), el Instituto de Seguridad Social de la Policía (ISSPOL) y los servicios de salud de algunos municipios. La Junta de Beneficencia de Guayaquil (JBG), la Sociedad Protectora de la Infancia de Guayaquil, la Sociedad de Lucha Contra el Cáncer (SOLCA) y la Cruz Roja Ecuatoriana son entes privados que actúan dentro del sector público.⁷¹

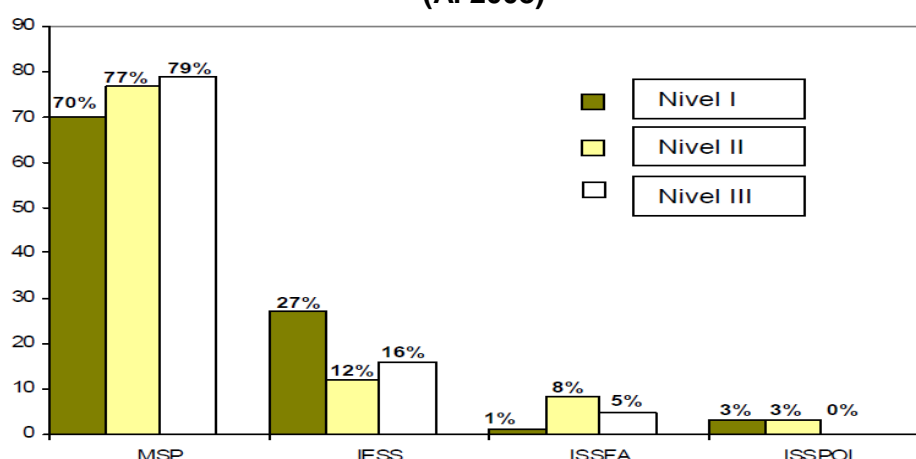
Los servicios de salud que proporciona el MSP están organizados por niveles de complejidad:

⁷¹ Estrategia de Cooperación de País de OPS/OMS en Ecuador, período 2010-2014. Septiembre 2009; pág.17

1. **Nivel I (complejidad baja).** Puestos de salud, subcentros y centros de salud, ofrecen atención ambulatoria, promoción y fomento de la salud, prevención de la enfermedad y recuperación de la salud. Todos promueven acciones básicas de saneamiento ambiental y participación comunitaria y los subcentros también ofrecen atención del parto, emergencias y atención odontológica.
2. **Nivel II (complejidad intermedia).** Hospitales básicos y hospitales generales que, además de la atención del nivel I, ofrecen hospitalización de corta estancia. El hospital básico ofrece atención ambulatoria y hospitalaria de medicina general, ginecología-obstetricia, pediatría y cirugía de emergencia. El hospital general ofrece, además de lo mencionado, alguna especialidad de acuerdo con el perfil epidemiológico de su área de influencia; también dispone de servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento.
3. **Nivel III (complejidad alta).** Hospitales especializados y de referencia para la atención de la población local, regional y nacional; también realizan docencia e investigación en salud.

El sector público mantiene en un 45,1% hospitales básicos; el 39% hospitales generales y 14,8% de especializados y el 1,1% hospitales de especialidad.⁷²

Gráfico No 16: Servicios Públicos de Salud Ecuador (Al 2008)



Fuente y elaboración: INEC, 2010, Anuario Estadístico de Recursos y Actividades de Salud

Los servicios de salud municipales tienen a su cuenta las Direcciones de Higiene para atender inconvenientes de salud ambiental y de control sanitario, a excepción de las de Quito y Guayaquil, que incluyen algunos servicios ambulatorios y hospitalarios de I y II Nivel. La Junta de Beneficencia Guayaquil es una entidad autónoma de servicio social cuyo financiamiento procede especialmente de la Lotería Nacional y que cuenta con 4 hospitales, 2 de medicina general y 2 especializados localizados en la ciudad de Guayaquil.

SOLCA es una institución sin fines de lucro, con subsidio del estado, que atiende parte de la demanda nacional de diagnóstico y tratamiento del cáncer, cuenta con 3 unidades de nivel I y 9 hospitales especializados.

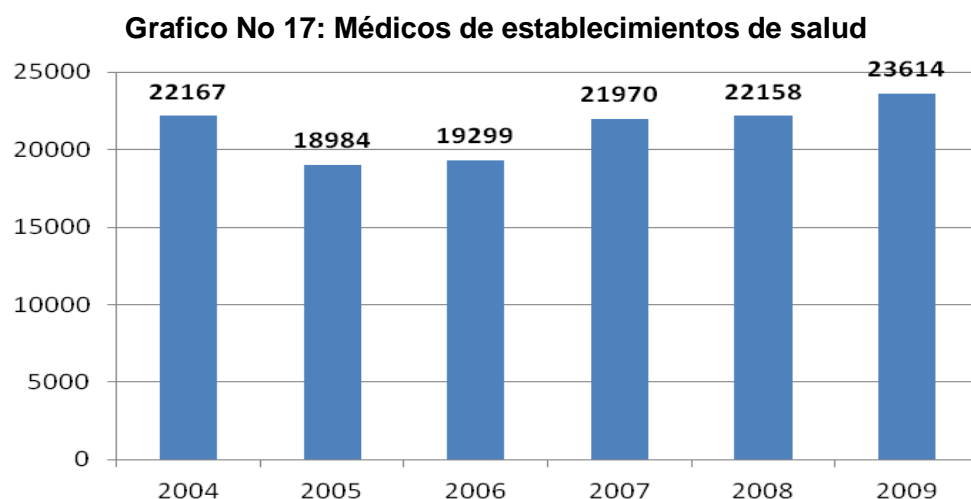
⁷² INEC. Anuario Estadístico de Recursos y Actividades de Salud 2008

El sector privado está formado por entidades con fines de lucro y por último están las organizaciones privadas sin fines de lucro como ONGs, organizaciones populares de servicios médicos, asociaciones de servicio social, mismas que representan el 15% de los establecimientos del país.

El sistema de salud tiene un ente rector de acuerdo con la política nacional y múltiples instituciones con funciones de financiamiento y provisión. El IESS regula y fiscaliza sus propias acciones de financiamiento, aseguramiento y provisión de servicios.⁷³

4.3.1. Médicos de establecimientos de salud

En Ecuador para el año 2004 existieron 22.167 médicos de establecimientos de salud; en relación a 23.614 para el año 2009 de acuerdo al Anuario de Recursos y Actividades de Salud emitido por INEC.



Fuente: INEC, 2010, Anuario Estadístico de Recursos y Actividades de Salud

Elaboración: Alejandro Cisneros

De acuerdo a los datos emitidos por el Ministerio de Salud Pública, en el año 2006, Ecuador presentó una tasa de 17.4 médicos, enfermeras y obstetrices por 10.000 habitantes, con un déficit de 32% de la meta esperada al 2015.

Existe un 31% de médicos de Atención Primaria a la Salud (APS), siendo la meta de 40%, con un 76% de logro. Se estima que se ha avanzado en un 72% en el desarrollo y fortalecimiento de una Dirección Nacional de Recursos Humanos y en un 36% en la reducción del empleo precario sin protección; es decir, faltaría un 50% para el cumplimiento de la meta.⁷⁴

El MSP en el año 2007 inició un importante proceso de conformación de Equipos Básicos de Atención de Salud y, por tanto, de contratación de recursos humanos. Constituidos por médicos, enfermeras, odontólogos, obstetrias y promotores de la salud, lo que implica alrededor de 4.700 de profesionales contratados hasta el 2009.

⁷³ Estrategia de Cooperación de País de OPS/OMS en Ecuador, período 2010-2014. Septiembre 2009; pág.17

⁷⁴ Estrategia de Cooperación de País de OPS/OMS en Ecuador, período 2010-2014. Septiembre 2009; pág.15

4.4. Inversión y evolución del presupuesto en salud 2002-2010

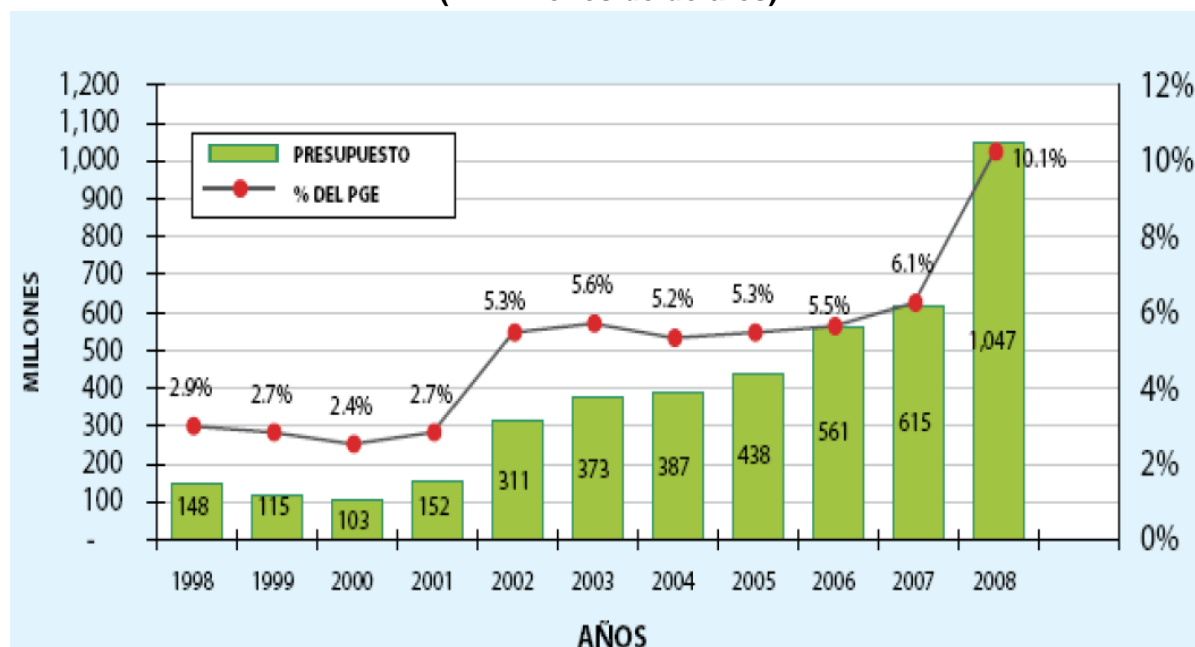
Existen diversas pruebas que testifican que la inversión en salud no solo mejora la productividad y crea capital humano y por consiguiente tiene fuerte efecto sobre la tasa de crecimiento económico, sino que la provisión eficaz de la atención de salud, en particular para el pobre, también puede proporcionar seguridad contra choques de consumo o de ingresos y prevenir una caída más profunda en la pobreza.⁷⁵

La salud juega un papel de importancia en la formación de capitales humanos, es necesario reconocer los efectos positivos que provee la atención de salud en la reducción de la pobreza, en particular en vista del hecho que hasta el momento, relativamente poca correlación se ha encontrado entre el gasto público en salud y la situación real de ésta.⁷⁶

Es importante reconocer que existen factores determinantes de la salud que van relacionados a: la producción de salud, al acceso óptimo a la atención de salud y de manera particular al financiamiento de la salud, constituyéndose como una política social y económica apropiada en la medida en que proteja a los grupos más vulnerables de la sociedad.

A continuación se procede a observar el presupuesto asignado por el Estado para el sector salud ha ido mejorando de año en año; así se puede mencionar que este pasa de USD 314,7 millones en el 2002 a USD 1047 millones en el 2008.

Grafico No 18: Presupuesto del Ministerio de Salud Pública 1998 – 2008
(En millones de dólares)



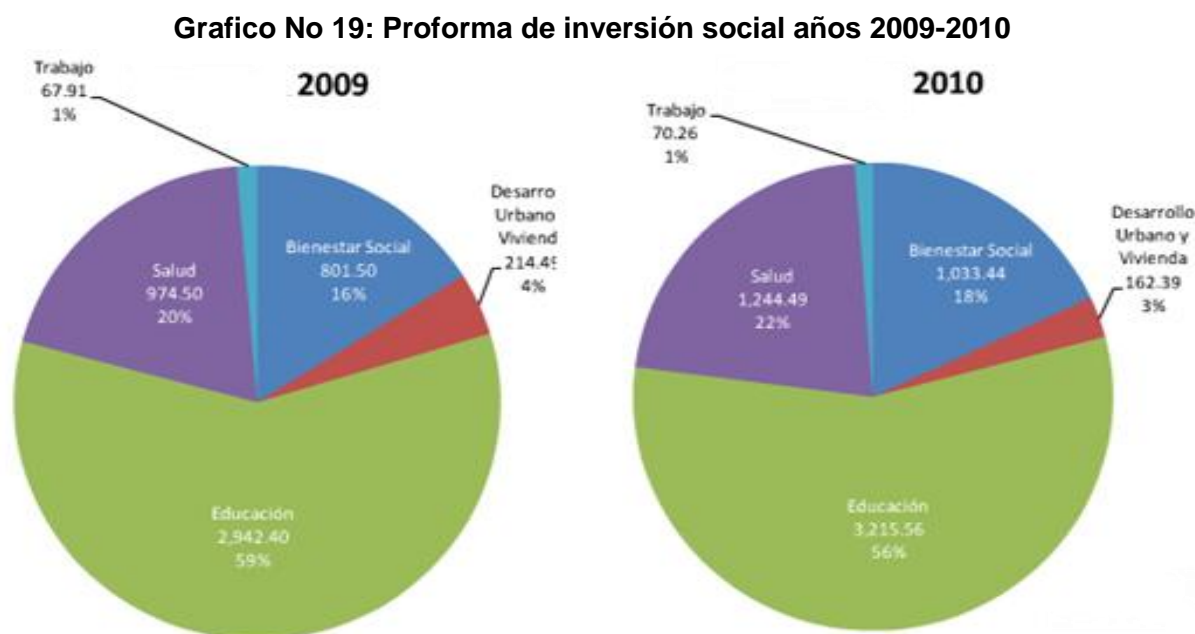
Fuente y elaboración: Presupuesto MSP, 2010, Coordinación General Administrativa Financiera

⁷⁵ Casas, Juan. (2002). *"Inversión en Salud y Crecimiento Económico: Una perspectiva de América Latina y el Caribe"*. Washington D.C: OMS. Pág. 35

⁷⁶ *Ibíd.*

Como se puede observar la inversión en salud se ha triplicado desde el año 2002 al 2008; sin embargo, los índices de salud no han mejorado en la misma proporción.

La proforma para el 2009 y 2010 indican en lo relativo a inversión social que en salud se designó el 20% del presupuesto asignado a esta área para el 2009 y el 22% para el 2010.



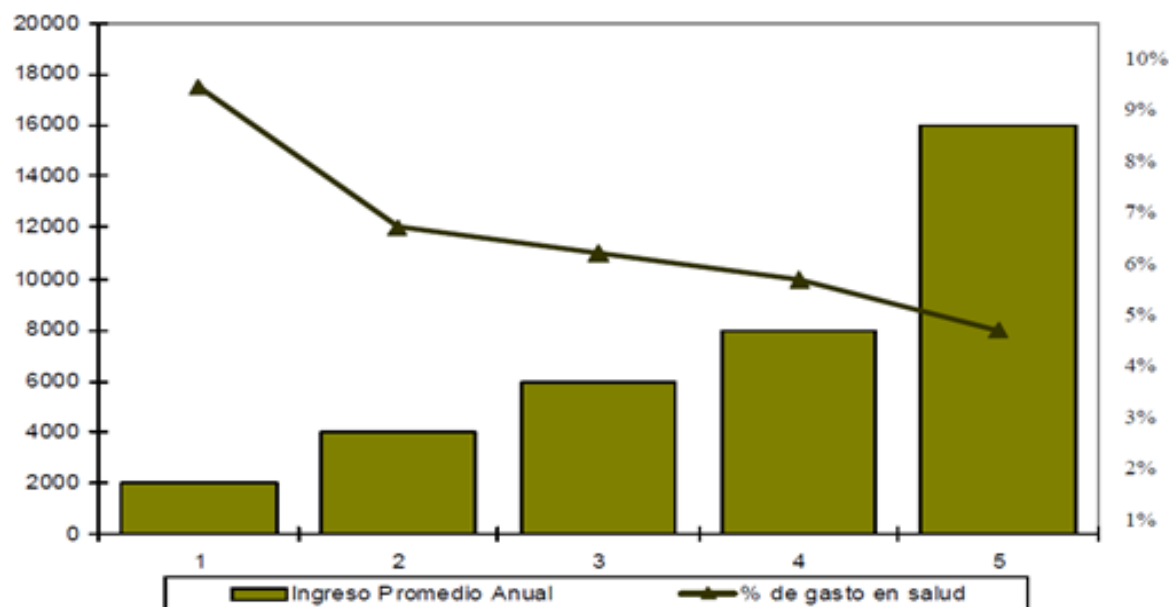
Fuente: Ministerio de Finanzas, 2011, Dirección Nacional de Estadísticas Fiscales
Elaboración: UNICEF

4.5. Desarrollo del sector Salud en el País

Entre 1992 y 2006 el país ha tenido una gran inestabilidad de las instituciones que lo conforman en vista de que sucedieron ocho gobiernos en este período generando una profunda crisis de gobernabilidad e inestabilidad política y administrativa por la falta de continuidad. Estos factores ha afectado la dinámica de los sectores sociales incluido el sector salud.

De acuerdo al INEC en el año 2006 las familias de bajos ingresos se vieron obligadas a destinar más recursos en términos porcentuales para cubrir sus necesidades de salud como a continuación se puede observar en el gráfico siguiente.

**Grafico No 20: Porcentaje de gasto en salud por quintiles de ingreso
Promedio anual Ecuador 2006**



Fuente y elaboración: INEC, 2006, Encuesta de Condiciones de Vida.

En el año 2007 con el inicio de la gestión del actual gobierno se ha podido evidenciar estabilidad política y financiera beneficiando a los sectores sociales incluido el sector salud.

La Constitución del 2008 es el marco jurídico-legal para instituir el Sistema Nacional de Inclusión y Equidad Social, en el que se encuentra inmerso el de salud, para asegurar los objetivos del régimen de desarrollo.

Esta establece que la salud es un derecho y que deberá funcionar dentro de los principios de equidad y universalidad con una red pública integral y bajo la rectoría de la autoridad sanitaria nacional.

Sin embargo se debe señalar que en el país aún existen brechas de salud donde los más perjudicados resultan ser las poblaciones indígenas o afro descendientes tal como indican los índices de desnutrición crónica.

4.5.1. Evolución del gasto social

El presupuesto del MSP ha revelado un incremento constante desde el 2001 de USD 151,7 millones a USD 1.244,49 millones para el 2010.⁷⁷

El 90% del gasto privado corresponde a gasto directo de los hogares (61% para la adquisición de medicamentos e insumos, 24,3% para la atención médica y 4,7% para exámenes de laboratorio, materiales odontológicos y aparatos ortopédicos). Del gasto privado, el 74,7% se realizó en el área urbana y el 25,3% en el área rural, que concentra el mayor número de personas del quintil más pobre. El gasto total per cápita en salud, para el

⁷⁷ Presupuesto Ministerio de Salud Pública

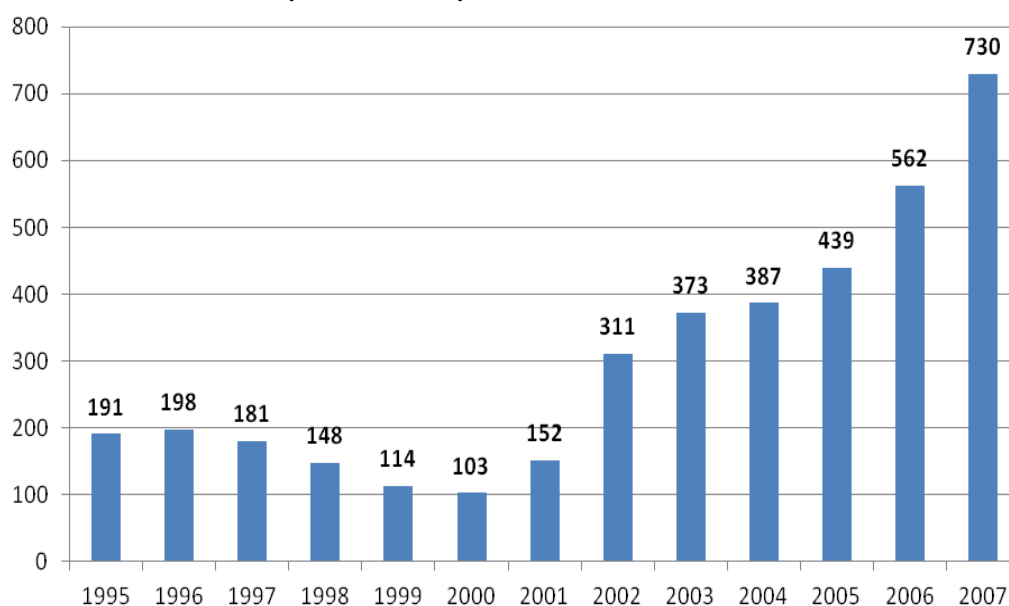
año 2005, fue de US\$150.7 (US\$109.5 hogares US\$ 41.2 Gobierno). En el 2008, el gasto per cápita gobierno (MSP e IESS) alcanza los 110 dólares. El sector público, destina un 81,2% del gasto en salud para atención curativa y un 18,8% para la atención preventiva.⁷⁸

En el 2007, a raíz del Decreto de Emergencia en Salud declarado por el Estado, se incrementó en un 10% el recurso humano, lo que generó un aumento del 28% en las prestaciones dadas por el MSP.

La estructura del presupuesto del sector salud por grupo de gasto para el año 2006, permite apreciar la mayor importancia de los gastos en personal con USD 286,1 millones (50.9%), luego los bienes y servicios para inversión con USD 120,4 millones (21.4%) y a continuación los bienes y servicios de consumo con USD 76,7 millones (13.7%).⁷⁹

En el gráfico a continuación se puede identificar la evaluación anual del presupuesto asignado al Ministerio de Salud durante el período 1995 – 2007.

**Gráfico No 21: Evaluación anual del presupuesto asignado al MSP
(1995 – 2007) millones de dólares**

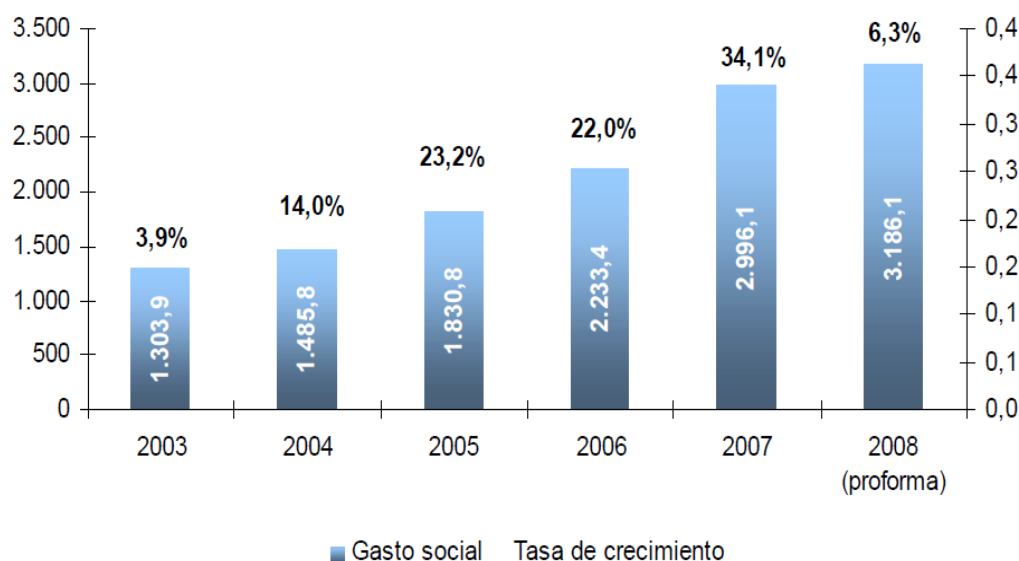


Fuente y elaboración: Ministerio de Salud Pública, 2010, Dirección Nacional de Planificación e Inversión

⁷⁸ INEC, 2009, Cuentas Nacionales de Salud.

⁷⁹ Ib.

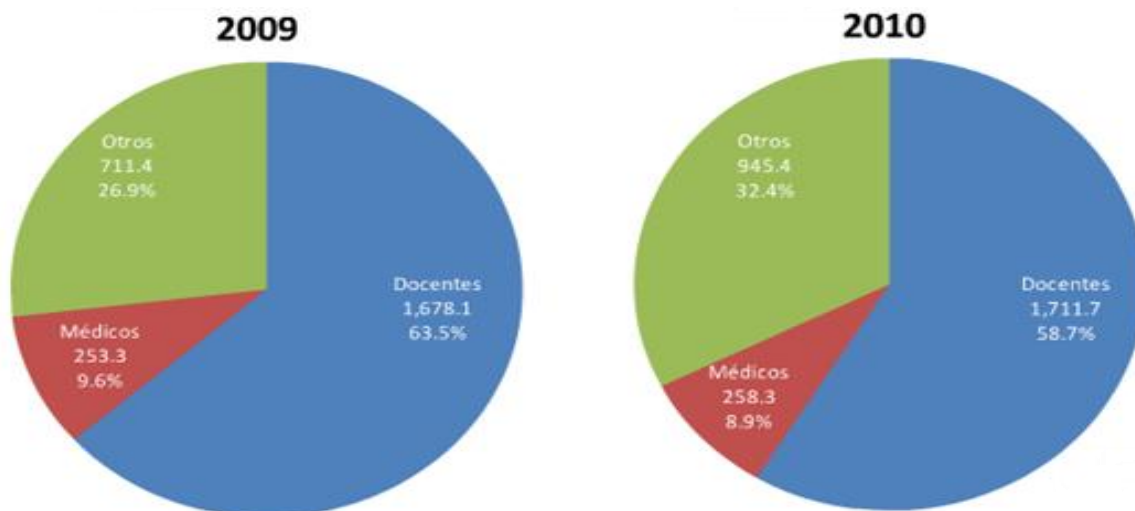
Grafico No 22: Evolución del Gasto Social



Fuente y elaboración: Ministerio de Economía y Finanzas, 2010, Dirección Nacional de Estadísticas Fiscales

En este grafico se puede observar como el gasto social por parte de gobierno se incremento considerablemente pasando de 1.303,9 millones de dólares en 2003 a un aproximado de 3.186,1 millones de dólares en 2008, lo que nos muestra la relevante importancia de la inversión social en estos años.

**Grafico No 23: Distribución del Gasto Social.
Años 2009 - 2010**

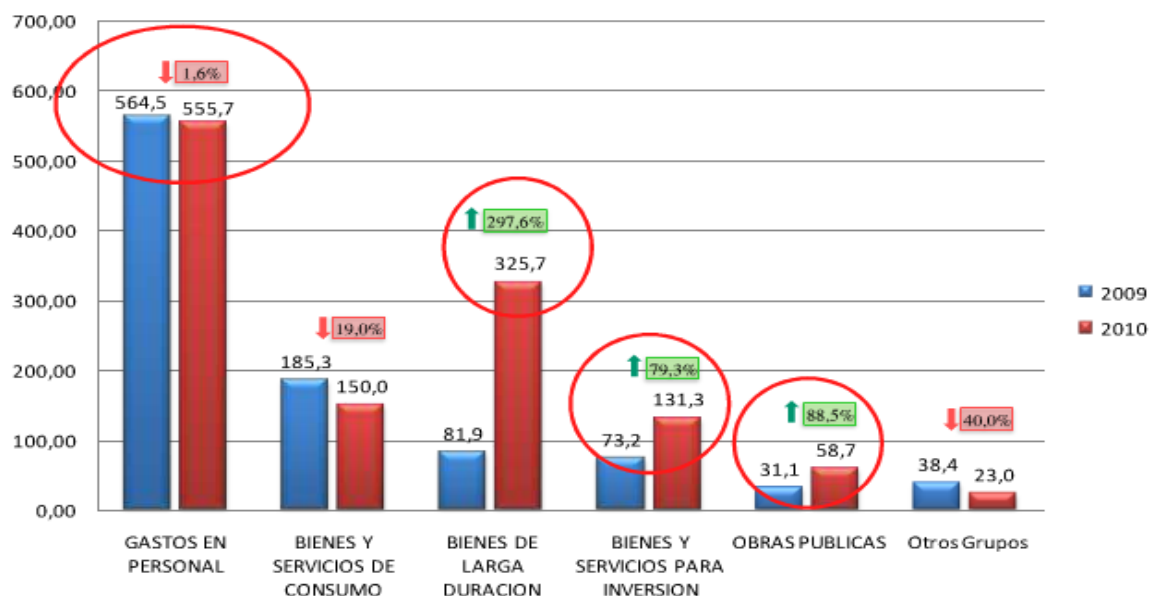


Fuente: Ministerio de Finanzas, 2011, Dirección Nacional de Estadísticas Fiscales
Elaboración: UNICEF

Si se realiza una comparación en el Gasto de Personal en el año 2009 fue de USD 253,30 millones lo que representó el 9,6% y en el 2010 fue de USD 258,30 millones lo que representó el 8,9% del total asignado para gasto social en esos años

En el gráfico a continuación se puede apreciar los grupos de gastos de los años 2009 y 2010 con relación al Sector Salud:

Grafico No 24: Grupos de gasto para los años 2009 y 2010 en el Sector Salud



Otros grupos incluye: gastos en personal para inversión, otros gastos corrientes, otros gastos de inversión, otros pasivos, pasivo circulante, previsiones para reasignación, transferencias y donaciones corrientes, transferencias y donaciones de inversión.

Fuente: Ministerio de Finanzas

Elaboración: UNICEF

Donde observamos que entre los años 2009 y 2010 la mayor parte del gasto en salud ha sido destinada en la contratación de personal médico, como especialistas, enfermeras, auxiliares de enfermería y demás profesionales de la salud.

De la misma forma se pueden apreciar los valores que en Sector Salud se han utilizado para los diferentes programas sociales específicos en millones de dólares:

Cuadro No 8: Inversión en programas sociales correspondientes al sector salud (2008 - 2010)

En millones de dólares

PROGRAMAS	2008	2009	2010
Enfermedades Inmune prevenibles por vacuna	0	38.3	56.1
Maternidad gratuita	17.3	28.6	11.3
Control de enfermedades	10.1	14	16.8
Programa de alimentación y nutrición	12.4	4.4	20.6
Programa nacional VIH/SIDA	3.1	0.6	10

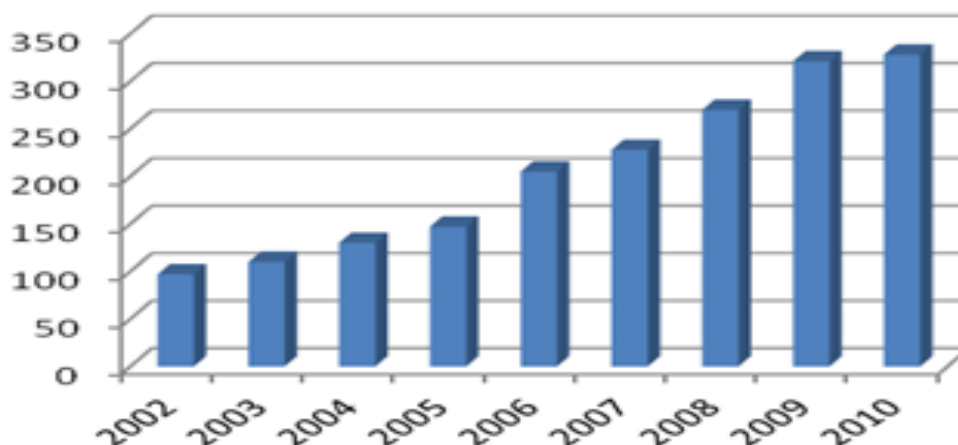
Fuente: Ministerio de Salud Pública, 2011, Unidad de Planificación

Elaboración: Alejandro Cisneros

4.5.2. Gasto per cápita anual

El gasto en salud per cápita anual calculado a precios actuales de acuerdo al Banco Mundial, indica los siguientes datos. El gasto total en salud en el Ecuador es la suma de los gastos en salud públicos y privados, como proporción de la población total. Abarca la prestación de servicios de salud de tipo preventivo y curativo, las actividades de planificación familiar, las actividades de nutrición y la asistencia de emergencias designadas para la salud, pero no incluye el suministro de agua y servicios sanitarios.

Grafico No 25: Gasto per cápita en el Sector Salud



Fuente: Ministerio de Salud Pública, 2011, Unidad de Planificación.

Elaboración: Alejandro Cisneros

Así en 2002 en el país el gasto per cápita en salud era en promedio USD95 anuales y en el 2010 alcanzó un nivel de USD320 anuales.⁸⁰

4.6. Inversión en educación para la salud del período 2002 al 2010

4.6.1. Escuelas Promotoras de la Salud

Las Metas del Milenio para el Desarrollo adoptadas en la 55.a Asamblea General de la ONU simbolizan un compromiso mundial en la lucha por reducir la pobreza y la inequidad en la repartición del ingreso dentro y entre los Estados Miembros. En este extraordinario compromiso el sector salud está implicado concisamente en el logro de tres grandes metas:

- La reducción de la mortalidad materna
- La reducción de la mortalidad infantil
- La reducción del VIH/SIDA y otras enfermedades transmisibles.

Anexamente, el sector salud tiene el gran compromiso de colaborar con otros sectores en el logro de las demás metas. En concreto en la reducción de la pobreza y el hambre, “es preciso promover el desarrollo humano y social sostenible mediante el aumento de la

⁸⁰ Banco Mundial. <http://datos.bancomundial.org/org/indicadores/SH.XPD.PCAP> (Investigado: 14/05/2012)

seguridad alimentaria y nutricional, así como el empleo y la distribución del ingreso”.⁸¹ Por otra parte, en dos de las metas se demanda de una asistencia estrecha entre los sectores salud y educación: en la de asegurar la educación primaria completa para todos/as los niños y las niñas, así como en la eliminación de la disparidad por género en la educación primaria y secundaria.

Las Metas del Milenio para el Desarrollo se interrelacionan de tal manera que el logro de una requiere avances significativos en las otras. Esta interdependencia de las metas obliga a fortalecer la capacidad de los países para poner en marcha estrategias que sostengan los procesos de desarrollo humano y social a largo plazo, lo que requiere del fortalecimiento de la capacidad de las instituciones para diseñar procesos de planificación participativa e intersectorial, así como su implementación y evaluación. En este sentido también es crítico fortalecer la capacidad de los países para implementar estrategias integrales e integradoras, como las Escuelas Promotoras de la Salud, asegurando una mayor continuidad de los procesos.⁸²

La Iniciativa Regional Escuelas Promotoras de la Salud tiene el gran desafío, a la vez que la oportunidad, de contribuir al logro de las Metas de Desarrollo del Milenio. Entre los compromisos del sector social como de salud y educación esta iniciativa mantiene conseguir las siguientes metas:

1. Erradicación de la pobreza y el hambre, para lo cual se requiere incrementar el nivel educativo de la población. Las Escuelas Promotoras de la Salud (EPS) pueden apoyar con el desarrollo de huertos escolares que contribuyan a la nutrición de los escolares y a erradicar el hambre en este grupo de edad.
2. Educación primaria universal, cuyo principal desafío lograr la educación primaria completa para todos los niños y las niñas en las comunidades marginadas, reduciendo así las inequidades dentro y entre países de la Región.
3. Igualdad de género y empoderamiento de la mujer. Las EPS tienen el gran desafío de contribuir a la eliminación de la disparidad por género en la educación secundaria.
4. Reducción de la mortalidad infantil, mediante educación para la salud en la escuela y la educación con padres y madres de familia, usando Habilidades para la Vida y otros enfoques, reforzando la capacitación del personal docente y preparando materiales para alfabetización en salud.
5. Mejoramiento de la salud materna. A través de las EPS se puede fortalecer, mediante el enfoque de Habilidades para la Vida, la formación de los y las jóvenes antes de salir de la secundaria en aspectos relacionados con su salud sexual y reproductiva.
6. Lucha contra el VIH/SIDA. En forma similar al numeral anterior, mediante la inclusión del componente de Habilidades para la Vida en los programas de educación para la salud y la formación de la población joven, antes de salir de la escuela secundaria, en los aspectos relacionados con la salud sexual y reproductiva.
7. Asegurar sostenibilidad ambiental. Las EPS pueden integrar y actualizar los contenidos y metodologías de enseñanza de la salud ambiental en el currículo escolar, así como reforzar los eco clubs y el liderazgo de los jóvenes en el cuidado del ambiente.

⁸¹ OPS (2003). Escuelas Promotoras de la Salud, pág. v

⁸² Ib.

8. Alianza global para el desarrollo. Las EPS son un escenario propicio para la enseñanza desde temprana edad de principios y valores fundamentales de convivencia, solidaridad, democracia y participación social.

Las Escuelas Promotoras de la Salud infunden el sentido de compromiso social en niños, niñas y jóvenes, desplegando en ellos y ellas la capacidad de disipar conflictos mediante el diálogo y la negociación como factores provisorios de la violencia e instrumentos de armonía.

Niños, niñas y jóvenes anhelan sentirse útiles y están preparados trabajar en la comunidad, en los hospitales, con personas ancianas o con niños más pequeños. Estas actividades, que incitan su espíritu de compromiso social y comunitario al mismo tiempo que les consienten utilizar en forma creativa el tiempo libre, implican más efectivas cuanto más integradas están en el proceso de aprendizaje escolar.

No obstante las relaciones entre salud y educación son múltiples e inseparables, quizá el mecanismo común más importante es que ambas comparten las aspiraciones y objetivos de desarrollo humano consentidos en las políticas internacionales de Educación para Todos, Salud para Todos y las Metas del Milenio para el Desarrollo.

Desde esta representación profunda y completa, salud y educación son a la vez principio y condición del bienestar, el desarrollo humano y la riqueza social, económica y espiritual de los individuos y los pueblos.

Las Escuelas Promotoras de la Salud instituyen una gran maniobra de promoción de la salud en el ámbito escolar y un aparato articulador de esfuerzos y recursos multisectoriales, encaminados al progreso de la situación de salud y bienestar, extendiendo así las congruencias para el aprendizaje con calidad y el desarrollo humano razonable de todos los componentes de las comunidades educativas.

A partir el lanzamiento formal de la Iniciativa Regional en 1995, las Escuelas Promotoras de la Salud han manifestado el gran potencial que tienen, como comunidades saludables, de favorecer al logro de objetivos comunes de distintos sectores sociales. En concreto, salud y educación logran colectivamente “la adopción de políticas escolares saludables; la creación y mantenimiento de entornos físicos seguros y saludables y culturas escolares armónicas, libres de cualquier forma de violencia o discriminación, equitativas y que faciliten el proceso de enseñanza y aprendizaje; el desarrollo e implementación de currículos de educación para la salud que trasciendan la mera transmisión didáctica de información y fomenten el aprendizaje participativo de las actitudes, los valores y las habilidades necesarias para vivir una vida saludable y contribuir al cuidado de la salud de las demás personas; el fortalecimiento de la participación social y el respeto de los derechos y libertades fundamentales; y el acceso oportuno a servicios de calidad para la prevención y el tratamiento de la enfermedad”.⁸³

⁸³Cerqueira, María. (2003). Unidad de Entornos Saludables. OPS.

En Ecuador los módulos educativos producidos por el Proyecto de Espacios Saludables están siendo llevados a gran escala por el Ministerio de Educación de Ecuador con el apoyo del Ministerio de Salud y la OPS/OMS.

La educación para la salud, que de una u otra manera siempre ha hecho parte de los programas de salud en las escuelas, se caracteriza fundamentalmente por la transmisión didáctica de información sobre temas aislados (en general relacionados con enfermedades específicas o aspectos físicos de la salud) antes que el desarrollo de habilidades o destrezas para vivir una vida plena y saludable.

Las reformas de los sectores salud y educación por las que están cruzando la generalidad de países en las Américas, han consolidado la habilidad de promoción de la salud, estimulando la flexibilización de los currículos escolares y acrecentando la independencia de las colectividades educativas, fundando así nuevas oportunidades y espacios colectivos para los programas de salud escolar con enfoque integral.

El cambio de paradigmas de salud ha significado, entre otras cosas, un mayor consenso sobre la relación estrecha entre salud y desarrollo. La salud se considera ahora no sólo un componente fundamental del proceso de desarrollo, sino esencialmente su razón de ser. Desde esta perspectiva, la salud es ante todo un producto social, toda vez que depende y es resultante de todas aquellas acciones que realizan a favor, o en contra, los diversos actores sociales y políticos que intervienen sobre las condiciones de vida de la población. La disminución en los niveles de pobreza y el avance en el desarrollo económico de los países sólo son posibles cuando los ciudadanos tienen la libertad u oportunidad de acceder a la educación básica y el cuidado de la salud.⁸⁴

Entre los lineamientos que persigue el Programa se pueden mencionar los siguientes:

- ✓ Alimentación sana y buen estado físico.
- ✓ Protección de la salud sexual y reproductiva.
- ✓ Desarrollo de habilidades para el manejo del mundo emocional y las relaciones interpersonales.
- ✓ Manejo del medio ambiente.
- ✓ Promoción y mantenimiento de estilos de vida y ambientes más saludables.
- ✓ Capacitación de docentes y educadores de adultos en la comunidad, con el fin de aumentar la capacidad del recurso humano para la aplicación de estrategias para la educación en habilidades para la vida y garantizarla sostenibilidad de la Iniciativa.

La Iniciativa Regional Escuelas Promotoras de la Salud tiene como meta el fortalecimiento del desarrollo humano sostenible de niños, niñas, adolescentes y jóvenes en el contexto del ámbito escolar. Tuvo sus orígenes en la Conferencia Europea sobre Educación Sanitaria y Promoción celebrada en Estrasburgo en 1990. Posteriormente en Chile en 1995, durante el Congreso de Salud Escolar, se acordó su creación formal, la que se llevó a cabo en 1996 en San José, Costa Rica, con participación de representantes de Argentina, Bolivia, Chile,

⁸⁴ OPS (2003). Escuelas Promotoras de la Salud, pág. 10

Colombia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Guatemala, México y Panamá así como miembros de la Red Española y de los Centros Colaboradores de la OMS en salud escolar

El abastecimiento de servicios de salud, alimentación sana y vida activa para los escolares debe fundarse de acuerdo con las políticas, mecanismos, modelos y contenidos relevantes que reconocen a las necesidades de los escolares, y los recursos conocidos en cada región para la atención de la salud de la población en general. En este sentido, una Escuela Promotora de la Salud:

1. Orienta a la comunidad educativa para que los escolares accedan oportunamente a todas las acciones de prevención (inmunizaciones, tamizajes visuales y auditivos, salud bucal, salud mental y consejería, entre otros) y tratamiento de la enfermedad, alimentación y nutrición a que tienen derecho dentro de los mecanismos previstos en el sistema sanitario vigente.
2. Organiza, en coordinación con la red de servicios disponibles localmente, la prestación directa de servicios de salud (incluidos los de alimentación, nutrición y vida activa) dentro de la escuela, en los casos en que esto se considere pertinente y de acuerdo con las políticas establecidas, el modelo vigente para la prestación de servicios sanitarios, los recursos disponibles para tal fin y el contexto sociocultural.
3. Ejerce auditoría de la calidad y oportunidad de los servicios de salud (incluidos los de alimentación, nutrición y vida activa) que reciben los estudiantes y demás miembros de la comunidad educativa.
4. Informa y educa a la comunidad educativa sobre los derechos y deberes de los escolares y demás miembros dentro del sistema sanitario al que pertenecen.
5. Participa en la vigilancia epidemiológica de las condiciones de riesgo y factores protectores para la salud a que está expuesta la comunidad educativa.

4.6.2. Presupuesto Promoción de la Salud “Escuelas Saludables” año 2002-2010

El Ministerio de Salud en cumplimiento a lo especificado en la reunión de la OPS y con el apoyo del Estado ha venido ejecutando el programa llamado Promoción de la Salud “Escuelas Saludables”, para lo cual ha invertido en:

- ✓ Edición, impresión, reproducción y publicaciones de materiales referentes al programa,
- ✓ Materiales de fotografía,
- ✓ Espectáculos culturales y sociales,
- ✓ Difusión, información y publicidad,
- ✓ Servicios de capacitación,
- ✓ Alimentos y bebidas,
- ✓ Equipos, sistemas y paquetes informáticos,
- ✓ Viáticos, pasajes hacia el interior y subsistencia en el interior del personal a cargo de promover el programa, entre otros.

A continuación se detalla la inversión realizada en este programa en los años 2002-2010.

**Cuadro No 9: Ejecución de Gastos- Ejecución del Presupuesto
Promoción de la Salud “Escuelas Saludables”**

Año	Asignado	Modificado	Vigente
2002	8.000,00	0,00	8.000,00
2003	12.000,00	0,00	12.000,00
2004	18.000,00	0,00	18.000,00
2005	27.000,00	0,00	27.000,00
2006	41.000,00	0,00	41.000,00
2007	64.000,00	0,00	64.000,00
2008	100.000,00	83.186,67	183.186,67
2009	200.000,00	-136.180,07	63.819,93
2010	90.315,43	371.061,42	461.376,85

Fuente: Ministerio de Salud Pública, 2011, Área de presupuesto y planificación

Elaboración: Alejandro Cisneros

Como se puede observar la inversión en el Programa “Escuelas Saludables” en el año 2002 fue de 8.000 dólares a diferencia del año 2010 cuya inversión vigente llegó a los 461.376,85 un incremento del 500%.

V: Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social y su inversión en salud

5.1. Introducción

El tema de la seguridad social tiene notabilidad no sólo por su incidencia en el ámbito de la protección social, sino por el significativo papel que puede librar como mecanismo de redistribución de recursos, tanto en términos corrientes como en un horizonte intertemporal.

Un sistema de seguridad social eficaz no contribuye únicamente en un mayor bienestar de la población, también debe formar parte integral de la política social de un Gobierno, contribuyendo así a optimar la asignación de recursos del Estado.

El Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social es una entidad, cuya organización y funcionamiento se fundamenta en los principios de solidaridad, obligatoriedad, universalidad, equidad, eficiencia, subsidiariedad y suficiencia.⁸⁵ Es el facultado a aplicar el Sistema del Seguro General Obligatorio que forma parte del sistema nacional de Seguridad Social en el país.

El IESS tiene la misión de proteger a la población urbana y rural, con relación de dependencia laboral o sin ella, contra las contingencias de enfermedad, maternidad, riesgos del trabajo, discapacidad, cesantía, invalidez, vejez y muerte, en los términos que consagra la Ley de Seguridad Social vigente en la ley.⁸⁶

El IESS, como lo determina la Ley del Seguro Social Obligatorio, se conserva como entidad autónoma, con personería jurídica, recursos propios y diferentes de los del Fisco; creada por la Constitución Política de la República.

5.2. Reseña histórica del IESS

El gobierno del doctor Isidro Ayora Cueva, mediante Decreto N° 018, del 8 de marzo de 1928, fundó la Caja de Jubilaciones y Montepío Civil, Retiro y Montepío Militares, Ahorro y Cooperativa, organismo de crédito con personería jurídica, constituida de conformidad con la Ley se denominó Caja de Pensiones.

La Ley identificó a la Caja de Pensiones como entidad aseguradora con patrimonio propio, diferenciado de los bienes del Estado, con aplicación en el sector laboral público y privado. Su objetivo fue conceder a los empleados públicos, civiles y militares, los beneficios de Jubilación, Montepío Civil y Fondo Mortuario.

⁸⁵ www.iesg.gob.ec (Consultado: 18/05/2012)

⁸⁶ Ib.

En octubre de 1935 por razón de Decreto Supremo No. 12 se dictó la Ley del Seguro Social Obligatorio y se crea el Instituto Nacional de Previsión, órgano superior del Seguro Social que emprendió sus actividades el 1º de mayo de 1936. Su propósito fue instituir la práctica del Seguro Social Obligatorio, impulsar el Seguro Voluntario y ejercer el Patronato del Indio y del Montubio. En la misma fecha inició su labor el Servicio Médico del Seguro Social como una sección del mismo.

En febrero de 1937 se modificó la Ley del Seguro Social Obligatorio y se añadió el seguro de enfermedad entre los beneficios para los afiliados. En julio de ese año, se creó el Departamento Médico, por acuerdo del Instituto Nacional de Previsión.

En diciembre de 1949, por resolución del Instituto Nacional de Previsión, se concedió de autonomía al Departamento Médico, pero conservándose bajo la dirección del Consejo de Administración de la Caja del Seguro, con financiamiento, contabilidad, inversiones y gastos administrativos propios.

Mediante Decreto Supremo N° 40 del 25 de julio de 1970 y publicado en el Registro Oficial N° 15 del 10 de julio de 1970 se convirtió la Caja Nacional del Seguro Social en el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social .

La Asamblea Nacional, reunida en 1998 para reformar la Constitución Política de la República, consagró la permanencia del IESS como única institución autónoma, responsable de la aplicación del Seguro General Obligatorio.⁸⁷

El 30 de noviembre del 2001, en el Registro Oficial N° 465 se publica la LEY DE SEGURIDAD SOCIAL, que contiene 308 artículos, 23 disposiciones transitorias, una disposición especial única, una disposición general.

A inicios del siglo XXI en el Ecuador se aprobó el cambio legal de un sistema público con un régimen financiero de reparto a un modelo mixto.⁸⁸ Este último armoniza los favores de la solidaridad intergeneracional con las ventajas de la capitalización individual y da pie a una cadena de cambios de orden estructural, paramétrico e institucional.

El principal cambio estructural representa la creación del sistema mixto de pensiones mediante dos columnas, el Régimen Solidario Obligatorio, en el cual todos los trabajadores participan y el Régimen de Ahorro Individual Obligatorio, que reside en la capitalización en cuentas individuales de los aportes personales propios de los trabajadores cuyos salarios se sitúan dentro de decretados lineamientos.

5.3. Afiliados en actividad

En las dos últimas décadas se ha incrementado el número de afiliados partiendo del año 1990 con 815.736 afiliados hasta el año 2007 con 1'486.159 afiliados y para el año 2011 se estima que aproximadamente existen 2'500.000 afiliados activos a la seguridad social con

⁸⁷ www.iesg.gob.ec

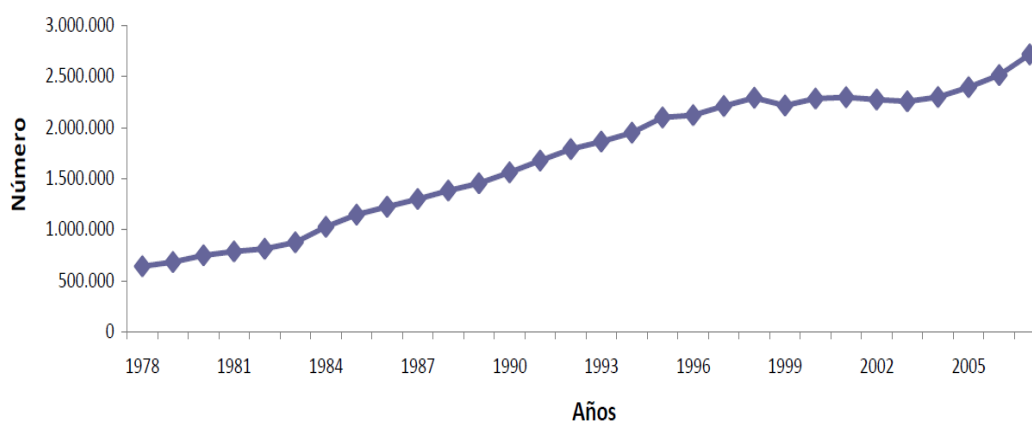
⁸⁸ *Ibid.*

las nuevas normas que adoptó este gobierno de ampliar la cobertura de afiliación obligatoria a las empleadas domésticas y extendiendo la cobertura a hijos menores de 18 años y esposas de afiliados.

5.4. Población protegida

La población protegida por el Seguro Social en el Ecuador ha tenido un incremento considerable en los últimos años de aproximadamente el 417%, así se puede decir que en el año 1978 no llegaba a los 650.000 afiliados y para el año 2007 el número de población protegida llegó a los 2'715.678 incluida la población que cubre el seguro social campesino.

**Gráfico No 27: Población protegida por el IESS
(1978 -2007)**



Fuente: Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, 2010, Dirección nacional del seguro general e individual
Elaboración: IESS

5.5. El IESS en la salud

Protege a través de acciones integrales de fomento y promoción de la salud, prevención, diagnóstico y tratamiento de enfermedades no profesionales, rehabilitación y recuperación de la salud.

El afiliado y afiliada así como sus hijos/as menores de 18 años, personas que son beneficiarios del montepío como jubilados tienen derecho a:

- ✓ Atención de médica general, clínica, quirúrgica, exámenes diagnósticos, farmacéutica y de rehabilitación.
- ✓ A un subsidio monetario de duración transitoria, cuando la enfermedad produce incapacidad en el trabajo.

El Seguro General de Salud Individual y Familiar protege al asegurado/a en la enfermedad y maternidad.

Los servicios que brinda son:

- ✓ Programas de fomento y promoción de la salud;
- ✓ Acciones de medicina preventiva.
- ✓ Consulta e información profesional.
- ✓ Procedimientos auxiliares de diagnóstico.
- ✓ Medicamentos e intervenciones necesarias.
- ✓ Atención odontológica.
- ✓ Asistencia médica curativa integral y maternidad.
- ✓ Consulta profesional.
- ✓ Hospitalización
- ✓ Insumos médicos y medicinas.
- ✓ Y demás acciones de recuperación y rehabilitación de la salud.
- ✓ Tratamiento de enfermedades crónico degenerativas, sin límite de beneficios o exclusión en la atención.
- ✓ Tratamiento de enfermedades catastróficas reconocidas por el Estado como problemas de salud pública.⁸⁹

La cobertura de la seguridad social en Ecuador al año 2010 se presenta en el cuadro que a continuación se detalla:

Cuadro No 10: Cobertura de la seguridad social 2010

<i>Seguro</i>	<i>Cotizantes</i>	<i>Jubilados</i>	<i>Montepío (viudez y orfandad)</i>	<i>Dependientes</i>	<i>Total</i>	<i>%</i>
IESS	1 826 911	187 911	90 060	545 685	2 650 567	65.7
SSC	227 694	34 729	-	689 723	952 146	23.6
ISSFA	37 719	25 379	11 576	148 384	223 058	5.5
ISSPOL	39 286	10 450	6 616	154 179	210 531	5.2
Total	2 131 610	258 469	108 252	1 537 971	4 036 302	100

Fuente: Ministerio de Coordinación de Desarrollo Social, 2010, Registros institucionales del IESS, ISSFA e ISSPOL. Quito
Elaboración: IESS

Lo que demuestra que en el año 2010 se alcanzo un total de 2.650.567 afiliados a la Seguridad Social a nivel nacional, lo que representa un total del 67% de afiliados a nivel nacional a los seguros de salud públicos como IESS, ISSFA e ISSPOL.

⁸⁹ Dirección General del Seguro Familiar e Individual del (IESS), (2011) Dirección nacional de prestaciones

5.6. Presupuesto en salud en el IESS entre 2002 y 2010

El Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social no cuenta con normas técnicas y métodos propios para elaborar, ejecutar y evaluar el presupuesto de la Dirección General de Salud Individual y Familiar dejándose de lado el enlace existente entre objetivos institucionales y el cumplimiento de metas con la herramienta administrativa y financiera presupuestaria.⁹⁰

Sin embargo de lo cual el IESS tiene a su cargo: 19 hospitales (10 hospitales nivel II, 6 nivel I y 3 nivel III); 23 centros de atención ambulatoria; 44 unidades de atención ambulatoria y 599 dispensarios campesinos en todo el país.

El presupuesto del Seguro Médico del país subió de 77 millones de dólares en el 2001 a 147 en el 2002 y a 230 en el 2003.⁹¹

Grafico No 28 Unidades Médicas IESS



Fuente: Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, 2011, Dirección nacional de aseguramiento

Elaboración: Alejandro Cisneros

El presupuesto para el ejercicio económico del año 2003, alcanzó un valor estimado en USD1.635'175 .562, mientras que la elaborada por la Subsecretaría de Presupuesto del Ministerio de Economía y Finanzas de esa época fue de USD1.272'4.407, registrándose una disminución de USD363'171.154,60, originada principalmente en la reducción de las partidas de ingresos denominadas "Dividendo de la Deuda no Consolidada" y "Obligaciones no Pagadas, agosto 1998 a diciembre de 2001".⁹²

Los ingresos de la proforma presupuestaria del IESS se clasifican en los siguientes: Corrientes; de Capital; Fondos Administrados; de Financiamiento; y Contingentes-Transferencias.

⁹⁰ CAROLIS, Efrén. (2002/11/15). Director Nacional Médico del IESS El Comercio. **"Presupuesto de seguro Médico"**.

⁹¹ Ibídem

⁹² La Hora. (2003/02/06). IESS estima en USD.1.635 millones su presupuesto. Diego Campos Almeida. Analista Económico.

Para el año 2003, los ingresos corrientes se incrementaron en USD347'548.823,40, con relación al presupuesto codificado de 2002 y equivale al 56,74% que se justifican por el aumento de las pensiones en el transcurso de 2002.

Los ingresos corrientes se constituyen por los aportes de los Seguros de Invalidez, Vejez y Muerte; Cesantía; Cooperativa Mortuoria; Seguro Social Campesino; Tasas y Contribuciones; Financiamiento de Gastos Administrativos y de Área Médica y Riesgos de Trabajo, entre otros.

Así en términos absolutos, el aumento para el seguro de invalidez, vejez y muerte fue del 30,99%, para los aportes del seguro de cesantía el 30,23%. Los aportes por la cooperativa mortuoria que incluye un porcentaje del 1 por ciento de los fondos provenientes de los afiliados y jubilados, que permite mantener este fondo, alcanzó los USD7'787.114, que significó el 37,9% de aumento. En los ingresos por el Seguro Social Campesino hubo un incremento de USD4'319.523 equivalente al 30,67%.

Igualmente, por concepto de tasas y contribuciones se percibió USD4'101.282, es decir un 379,89 %. El financiamiento para el área médica y riesgos de trabajo en términos absolutos tuvo un incremento de USD83'065.726, es decir el 64,78%.

Los egresos de este año, fueron distribuidos en: Gastos de Personal; Aplicación de Financiamiento; Gastos de Inversión y de Capital e Inversiones de Capital, el informe de la Subsecretaría de Presupuesto señala que los gastos corrientes se incrementaron en USD268'865.830 con relación al presupuesto codificado de 2002 y equivale al 61,6%.

En cuanto a los gastos de personal este rubro disminuyó en USD3'194.531,27, debido a que el año 2002 se indemnizó a 400 funcionarios que se acogieron al proceso de modernización. Las prestaciones a la Seguridad Social alcanzaron un incremento de USD271'258.226,40 (73,39%), que se ocasiona fundamentalmente por el aumento del 40 por ciento de las pensiones pagadas por el Seguro General y Jubilados

Los gastos por bienes y servicios de consumo fueron de USD1'236.951 (4,41%). Los gastos financieros comprendieron una disminución de USD71.718 (4,14%). Las transferencias corrientes también registraron una reducción de USD363.098 (10,52%).

Inclusive, la aplicación de financiamiento representó una disminución de USD1'432.717 con relación al valor estimado en el presupuesto codificado de 2002. Los gastos de inversión presentaron también una disminución de USD3'147.955 (55,26%).⁹³

Sin embargo, los gastos de capital presentaron un incremento de USD179'742.375 (63,38%). Igualmente los activos de larga duración que se ubicaron en USD1'172.771 (13,39%).

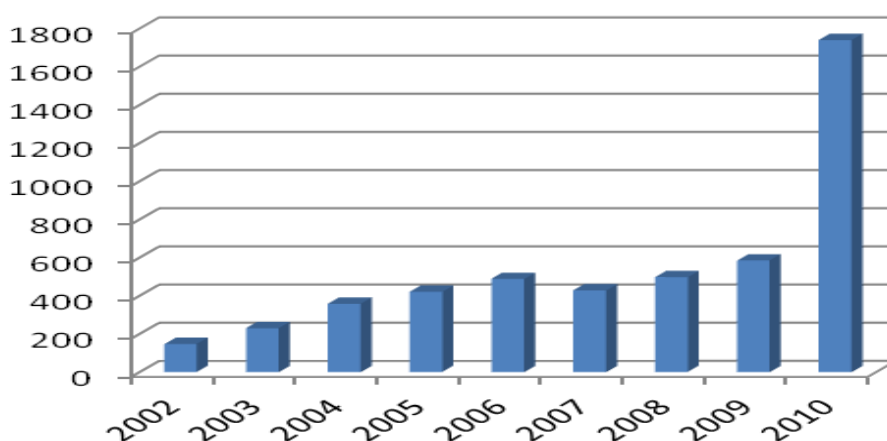
Las inversiones financieras alcanzaron un incremento de USD178'569.604 (64,98%) y las inversiones de capital un aumento de USD9'831.763 (10,9%).

⁹³ Dirección General del Seguro Familiar e Individual del (IESS), Unidad de Control Presupuestario

Para el año 2003 el Estado mantenía una deuda con el IESS desde 10 años atrás que alcanzaban los USD2.200'000.000. Es importante tomar en cuenta que en el caso de la cobertura, a diciembre de 2003 la población cotizante representó apenas el 9.2% de la población nacional y el 25% de la Población Económicamente Activa. La población protegida, que incluye tanto a cotizantes como pensionistas, correspondía al 11.1% de la población nacional.

Para el año del 2004 la inversión en salud por parte del Seguro Social fue de USD358'000.000 lo que implicó un incremento del 55%; para el año 2005 la inversión fue de USD421'000.000; con un incremento del 17%; el 2006 fue de USD488'000.000 lo que representó un incremento del 15%; para el 2007 fue de USD428'000.000, registrándose una reducción en comparación al año anterior del 12%; para el año 2008 se registró un incremento de USD70'000.000, es decir que el presupuesto de salud ascendió a USD498'000.000 (16%); para el año 2009 la Dirección General de Salud contó con una asignación de USD585'000.000 (19%) y para el año 2010 la asignación fue de USD1.740'000.000 un incremento de USD1.155'000.000 (195%).

Gráfico No 29: Asignaciones presupuestarias para la Salud IESS (2002-2010)

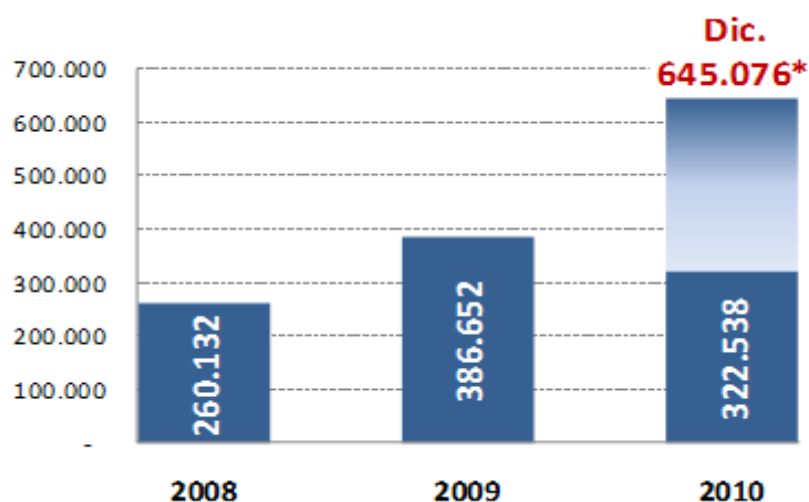


Fuente: Dirección General de Salud Individual y Familiar, 2011, Dirección económico financiera

Elaboración: Alejandro Cisneros

En el análisis que presentó el IESS en octubre del año 2010 se pudieron identificar los principales indicadores hospitalarios que permiten tener un conocimiento más claro del área de la Dirección de Salud individual y familiar del Instituto, es así que a través del call center la calidad en la prestación de los servicios médicos reflejó un incremento considerable de un 147% pasando de 260.000 pacientes atendidos en 2008 a 645.076 pacientes para el año 2010.

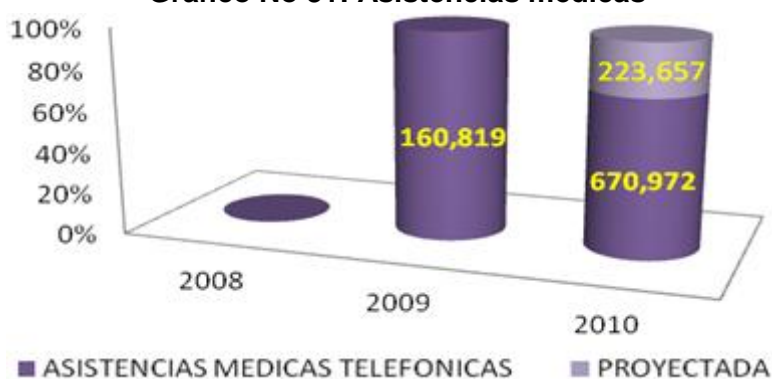
Grafico No 30: Número de afiliados atendidos



Fuente: Dirección General de Salud Individual y Familiar, 2010, Unidad de estadística
Elaboración: Alejandro Cisneros

Adicionalmente a la atención médica presencial que reciben los beneficiarios del Seguro Social; estos pueden optar por la atención de asistencia médica vía telefónica por más de 200 profesionales de esta rama que están dispuestos a resolver sus problemas de salud e incluso atienden llamadas de afiliados del exterior.

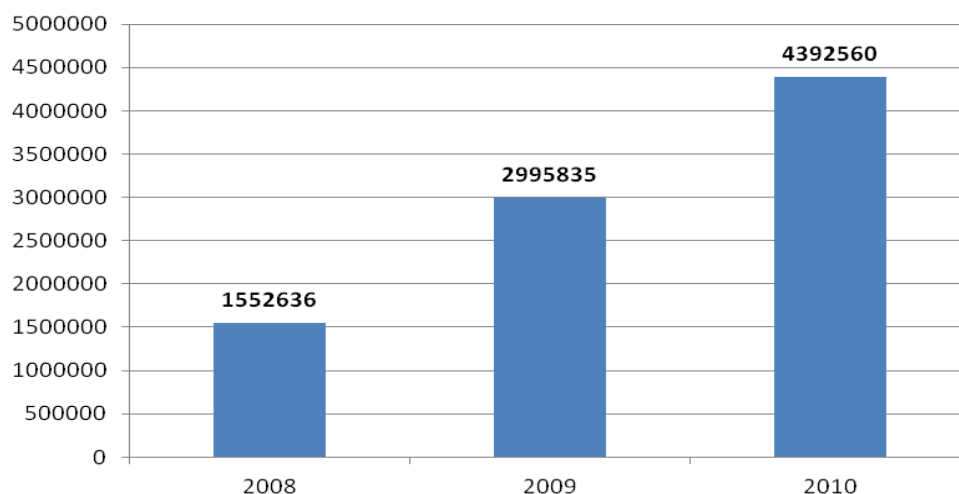
Grafico No 31: Asistencias médicas



Fuente y elaboración: Dirección General de Salud Individual y Familiar, 2011, Call Center (IESS)

La demanda de consulta externa el año 2010 se incrementó 47% con respecto al año 2009 y un 183% con respecto al 2008 y alcanzó los 4'392.560 atenciones. A estos datos se debe incrementar las atenciones realizadas en los dispensarios anexos y en emergencia de los hospitales con lo que el número de pacientes atendidos subió aproximadamente a 5'000.000 de consultas externas para el año 2010.

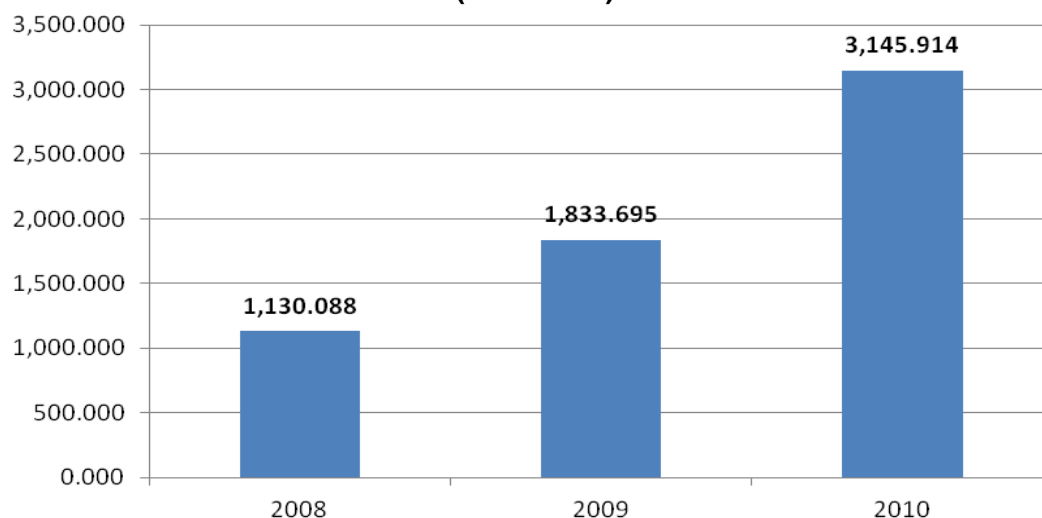
Grafico No 32: Consultas externas 2008-2009-2010



Fuente: Dirección General de Salud Individual y Familiar, 2011, Unidad de estadística
Elaborado por: Alejandro Cisneros

El incremento del presupuesto destinado a la compra de fármacos e insumos médicos a nivel nacional proporcionó entregas oportunas de las prescripciones a los pacientes, así se puede observar que entre el 2008 y el 2010 aumentó el 278% en el despacho de recetas, esto quiere decir, 3.145.914 de recetas para el año 2010.

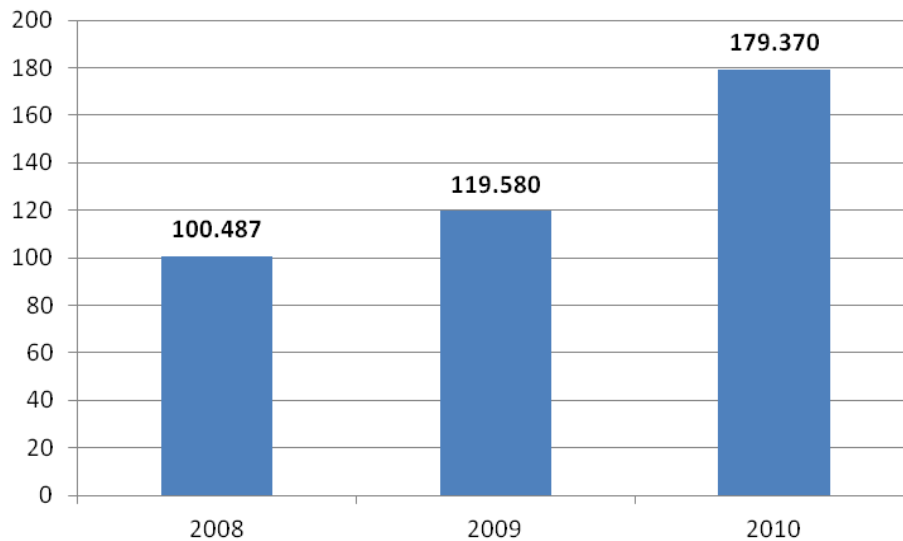
Grafico No 33: Recetas despachadas (2008-2010)



Fuente: Dirección General de Salud Individual y Familiar, 2011, Unidad de estadística
Elaboración: Alejandro Cisneros

Los egresos hospitalarios en el año 2010 refleja la cantidad de pacientes que han sido hospitalizados y que fueron dados de alta en cada año, lo mismo que comparado con el incremento en inversión (aumento de camas o tecnología) permite calcular el costo eficiencia. En el IESS dada la inversión en todos los hospitales a nivel nacional durante los años 2009 y 2010, se registra un incremento del 79% en relación al 2008.

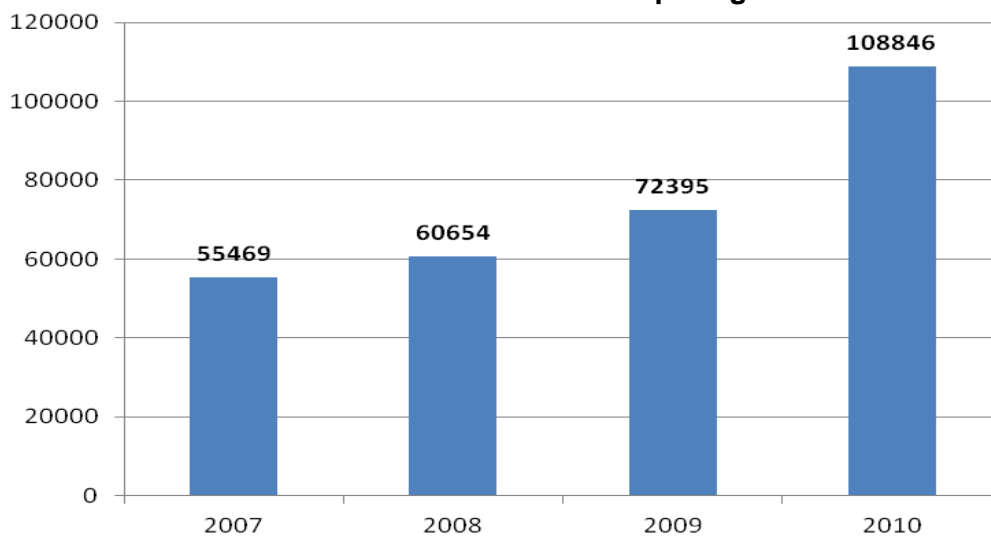
**Gráfico No 34: Egresos Hospitalarios
(2008-2010)**



Fuente: Dirección General de Salud Individual y Familiar, 2011, Unidad de estadística
Elaboración: Alejandro Cisneros

Las intervenciones quirúrgicas realizadas en el año 2010 ascendieron a 108.846, lo que involucra un crecimiento en relación al año 2009 de 67%.

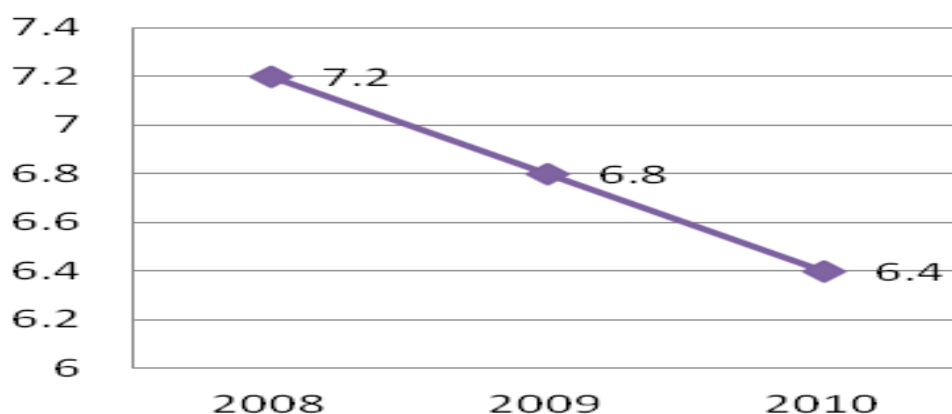
Grafico No 35: Intervenciones quirúrgicas



Fuente: Dirección General de Salud Individual y Familiar, 2011, Unidad de estadística
Elaboración: Alejandro Cisneros

El promedio de estancia hospitalaria (giro de cama) refleja la cantidad de días promedio que una persona se hospitaliza en las Unidades Médicas del IESS. Comparado con indicadores internacionales, el IESS por sobre el promedio que es de 4 días; sin embargo, se ha disminuido el 6% del promedio en 2008.

Grafico No 36: Estancia Hospitalaria 2008-2009-2010



Fuente y elaboración: Dirección General de Salud Individual y Familiar, 2011, Unidad de Estadística

5.7. Inversión hospitalaria y equipamiento del IESS en salud

En todo el país el IESS invirtió en el año 2010 USD 160'430.000 en equipamiento médico, USD 133.310 en equipo odontológico, y USD 298.033 en instrumentos médicos, dentro de los cuales se cuenta el equipado con tecnología de punta de los hospitales, unidades y centros de salud en todo el país, con mayor énfasis en los hospitales de tercer nivel como son: el Hospital Carlos Andrade Marín, ubicado en Quito; el Hospital Teodoro Maldonado Carbo, ubicado en Guayaquil, y el Hospital José Carrasco Arteaga, ubicado en Cuenca. Estos representativos hospitales cuentan con los siguientes equipos de última generación:

Aceleradores lineales para el servicio de radioterapia, tomógrafos de 64 cortes, resonadores magnéticos, litotriptores, angiógrafos digitales, neuro navegadores, sistemas de cápsulas endoscópica, y congeladores de ultra baja temperatura así como la creación del primer Instituto de Medicina Nuclear que cuenta con el equipo PET-CT y PET CICLOTRON para tratamiento de cáncer que es el segundo equipo en el país.

- En este año se adquirieron 50 ambulancias con licitación a través del Instituto Nacional de Contratación Pública (INCOP) y se han adjudicado 50 unidades más.
- Camas eléctricas hospitalarias, veladores y mesas de alimentación con una inversión de USD 3'500.000 para todo el país.

5.7.1. Infraestructura

5.7.1.1. Obras ejecutadas durante los años 2009 y 2010

El Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social para los años 2009 y 2010 ejecutó algunas obras que benefician directamente el mejoramiento de los servicios de salud que esta Institución ofrece alcanzando un aproximado de 69 millones de dólares de inversión en infraestructura tanto en remodelaciones de edificaciones antiguas como en construcción de unidades nuevas, de las cuales las más relevantes se detallan a continuación.

Cuadro No 11: Inversión en infraestructura en el año 2010

No.	Obra	Monto del Contrato
1	Construcción Hospital del Día Guayaquil	5.135.806,87
2	Construcción Centro de Atención Ambulatoria Macas Morona Santiago	1.808.978,88
3	Construcción Centro de Atención Ambulatoria Azogues	1.955.459,64
4	Construcción Centro de Atención Ambulatoria Tena	1.780.356,16
5	Remodelación y Ampliación Hosp. Durán	1.421.981,47
6	Construcción del Hospital de Santo Domingo de los Tsachilas	10.877.463,51
7	Construcción Hospital de Babahoyo	13.489.446,52
8	Remodelación y Ampliación Hosp. San Francisco obra civil	12.000.000,00
9	Construcción de Bunker para Acelerador Lineal H. Andrade Marín Quito	1.608.916,43
10	Construcción de Bunker para Acelerador Lineal H. José Carrasco Arteaga Cuenca	1.629.339,45
11	Construcción de Bunker para Acelerador Lineal T. Maldonado Carbo Guayaquil	1.667.552,29
12	Construcción Unidad de Hemodiálisis Quito-Sur	1.254.285,94
13	Remodelación y Adecuación al nuevo uso del Centro de Atención Ambulatoria Central Quito	2.616.216,72

Fuente: Dirección General de Salud Individual y Familiar, 2010, Unidad de Infraestructura
Elaboración: Alejandro Cisneros

Independientemente de las obras de infraestructura realizadas por el IESS en el área de salud, en el año 2009 se adquirió el edificio en donde actualmente funciona el Hospital San Francisco ubicado en la ciudad de Quito en un valor de USD8'920.000,00 el cual es considerado un hospital de nivel II en que cuenta con 200 camas, 3 quirófanos de mediana complejidad, área de consulta externa, sala de partos, emergencias entre los servicios más destacados.

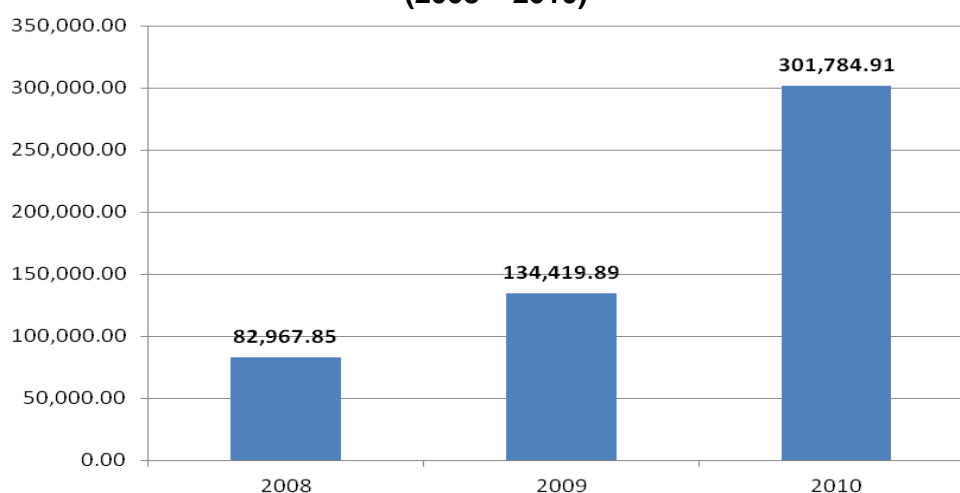
5.7.2. Fármacos e insumos médicos

Para el año 2010 el Consejo Directivo del IESS adoptó un mejor procedimiento para la compra de medicamentos e insumos médicos; esto es bajo la modalidad de Subasta Inversa Electrónica realizó la compra de USD82'893.187 en medicamentos y en insumos médicos USD218'891.722 lo que da una inversión total de USD301'784.909 a diferencia del año 2009

cuya inversión llegó a los USD134'419.894. Desde el 2008 al 2010, el valor asignado a este rubro ha tenido un incremento de 361%.

En cuanto a la inversión de fármacos e insumos médicos se puede mencionar que en el año 2008 se ejecutó una inversión de USD82'967.848; en el 2009 USD134'419.894 y en el 2010 USD301'784.909; lo que indica que del 2008 al 2010 existió un incremento aproximado del 363%. Es importante destacar se realizó la compra nacional centralizada de insumos médicos y medicamentos para 2 años para las unidades medicas del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social que mediante el proceso de contratación pública de subasta inversa electrónica, empresas nacionales y extranjeras domiciliadas en el país participaron exponiendo sus productos y cumpliendo con parámetros de calificación como fue la calidad, capacidad de distribución y la experiencia en el mercado, y al final se realizó una subasta inversa por cada producto y así las unidades medicas quedaron abastecidas tanto de medicamentos como de insumos médicos hasta el año 2011, siendo este el primer proceso realizado en el país en esta modalidad de compra para evitar las compras desmesuradas y descentralizadas sin planificación que existían anteriormente y la disparidad de precios que existían en un mismo producto.

**Grafico No 37: Inversión de fármacos e insumos médicos
(2008 – 2010)**



Fuente: Dirección General de Salud Individual y Familiar, 2010, Departamento Económico Financiero

Elaboración: Alejandro Cisneros

Para el año 2010 adicionalmente a todo lo explicado se realizaron inversiones en recursos de equipamiento médico, tecnología de punta, implementación de quirófanos inteligentes y equipos de alta complejidad con el fin de proveer un servicio médico de calidad a todos los afiliados y beneficiarios del mismo. En este año la inversión total que efectuó el IESS en el área médica llegó a los USD1.740'000.000; repartidos en las 86 Unidades médicas y los 599 dispensarios médicos campesinos.

**Cuadro No 12: Inversiones realizadas en salud por el IESS
(2010)**

Detalle	Valor
Quirófanos inteligentes	11'858.714,11
Medicamentos e insumos	30'178.490,9
Equipamiento médico	16'043.000,0
Infraestructura	69'745.937
Ambulancias	9'316.400
Hospital San Francisco.	8'920.000
Camas eléctricas.	3'500.000
Instrumental medico	298.033
Equipo odontológico	133.31
Total	1.740.000,00

Fuente: Dirección Nacional de Salud individual y Familiar, 2010, Departamento Económico Financiero

Elaboración: Alejandro Cisneros

Este cuadro nos presenta los valores más relevantes de la inversión que realizó el IESS durante el año 2010, siendo el más costosa la adquisición de 14 quirófanos inteligente para el hospital Carlos Andrade Marín, con tecnología de última generación únicos en el país, seguido de la compra nacional de medicamentos e insumos médicos que se realizó mediante una subasta inversa a nivel nacional con todas las empresas nacionales y extranjeras ofertantes de estos productos.

Pero la compra más importante es la del edificio del Hospital San Francisco en el norte de Quito, el cual entro en funcionamiento a inicios del año 2012, y brinda servicios como un hospital de nivel II, cuenta con hospitalización de 120 camas, cirugía del día, terapia intensiva y más servicios complementarios.

Conclusiones

Con el estudio realizado se pudo concluir que la inversión en salud por parte del Estado se incrementó del año 2002 de 311 millones de dólares a 1.244 millones al 2010; presentando un aumento porcentual del 300%; reflejando de esta forma el cumplimiento de lo establecido en la Constitución de dar prioridad al gasto en social especialmente el relacionado con salud con inversión en infraestructura, equipamiento, recursos humanos y campañas de prevención de salud a nivel nacional.

Con la creación en el año 2007 del Plan Nacional de Desarrollo que incluyó hasta el 2010, el Ministerio de Salud Pública empleó gran parte de sus recursos en aumentar la esperanza y la calidad de vida de la población mediante políticas de fortalecimiento de la predicción y prevención de la enfermedad, así también la vigilancia epidemiológica e intervención inmediata sobre la morbilidad y mortalidad. Adicionalmente con el Decreto de Emergencia en Salud declarado por el Estado, se incrementó en un 10% el recurso humano, lo que generó un incremento del 28% en las prestaciones dadas por el MSP.

Una vez analizado el panorama que presenta el IESS y su inversión en el área médica, se puede concluir que los beneficiarios del Instituto están protegidos contra la contingencia de enfermedad mediante asistencia médica, quirúrgica, dental y farmacológica. Estas asistencias incluyen consulta externa, urgencias, medicina curativa, preventiva y de rehabilitación; atención quirúrgica y hospitalización; atención médica domiciliaria; subsidio en dinero por enfermedad, entre otros. Este tipo de protección permite disminuir el gasto del Estado en salud pública notablemente.

Es necesario brindar un apoyo presupuestario para el cumplimiento de los objetivos constitucionales, a través de políticas contra cíclicas que permitan disminuir el riesgo de que los sectores sociales sufran un recorte en su presupuesto al momento de enfrentar una crisis.

En el estudio realizado se puede afirmar que el año 2010 el IESS realizó una inversión importantísima en salud si se toma en consideración que en el 2002 el valor invertido fue de 147 millones de dólares y en el 2010 fue de 1740 millones es decir un incremento de USD1593 millones, esto se ve reflejado en importantes avances en tecnología e infraestructura, pero siendo aun insuficiente para satisfacer la demanda insatisfecha de afiliados, ya que con las nuevas reformas también el seguro social cubre a esposas/os de afiliados/as e hijos de hasta los 18 años de edad.

La gran inversión que realizan el Ministerio de Salud conjuntamente con el IESS han generado buenos resultados, como por ejemplo las compras centralizadas de medicamentos en los cuales el Estado ha tenido considerables ahorros, debido a que antes existían diferentes precios de un mismo medicamento dependiendo de la institución a la que se lo vendía, y esto generaba o daba cabida a malas acciones administrativas e incluso a pugnas de interés o afinidades personales.

Si bien las acciones tomadas han generado buenos resultados, aun falta mucho por hacer, como mejorar la calidad de la atención medica no solo con mayor numero de medicamentos

o equipamiento, sino también con la implementación de nuevos modelos de gestión administrativa hospitalaria que permitan el eficiente manejo de los recursos siempre teniendo como objetivo final la buena calidad en el servicio prestado al usuario

La creación de planes para el mejoramiento de la calidad son muy importantes como el creado el año 2012 por el MSP, mediante el cual su misión es fortalecer las unidades del primer nivel de atención tipo A, B y C contando con infraestructura y equipamiento estandarizado según la norma sanitaria, en todo el país, mejorando la calidad de atención y satisfacción del usuario, promoviendo la salud y previniendo la enfermedad, en un entorno con equilibrio, amigable con la naturaleza, con respeto a la interculturalidad en base a los principios de solidaridad, equidad, inclusión y gratuidad, lo que permitirá en 10 años contar con una extensa red de servicios primarios de salud eficiente.

Recomendaciones

El Estado debería procurar que se conciba al sector salud como un aparato primordial para el desarrollo económico del país, no solo bajo la representación de tener más saludable y productiva a la población, sino hacer de este un sector estratégico en términos de inversión, trabajo, ingreso y desarrollo económico. Los recursos asignados deberían ser meticulosamente distribuidos para que se refleje en la mejora de los servicios que este sector proporciona a la población.

Se recomendaría que el Ministerio de Salud controle los recursos económicos asignados, se estudien las prioridades que este sector demanda de la mejor manera para de esta forma se logre obtener los resultados planteados. Se sugiere identificar cada año la población objetivo de los distintos programas que el Ministerio de Salud planifica, para poder así cubrir las necesidades básicas de la población de escasos recursos. También, se sugiere que el Ministerio de Salud Pública, mantenga coberturas de salud materna, infantil e inmunizaciones e incremente campañas de prevención de enfermedades. Todo esto en virtud de cumplir con las metas y objetivos que plantean el Plan Nacional del Buen Vivir.

El Estado debería buscar ofrecer una política fiscal menos dependiente de los recursos petroleros, mediante un sistema tributario eficiente y un gasto público ecuánime que permita el fortalecimiento institucional en virtud de conseguir los cambios que se ha propuesto. Y como tal dar la prioridad que requiere la salud en un Estado, la inversión en este ámbito, va más allá de cumplir con un deber hacia los ciudadanos, vale recordar que una población sana es capaz de rendir mejor y trabajar en pos del desarrollo de un país.

Al año 2010 aproximadamente el 78% de la población no constituía la lista de beneficiarios del seguro médico que el IESS provee, se recomendaría que el Estado mantenga la decisión de que no exista un trabajador en el país que no esté afiliado al Seguro Social y de esta manera pueda gozar de los beneficios que el IESS otorga a sus afiliados, jubilados y beneficiarios del montepío. Adicionalmente se recomendaría al IESS fomentar la asociación de hospitales y clínicas para la elaboración de acuerdos estratégicos en todos sus niveles para ayudar a propiciar las condiciones de articulación. Así, identificar las limitaciones que presenta el marco normativo avalando una oferta de servicios médicos de inmejorable calidad y de esta forma ampliar la cobertura de los servicios prestados.

El estado debería tomar en cuenta al sector privado de la salud, para conjuntamente adoptar políticas para el beneficio de la sociedad, ya que la inversión pública es buena pero aun es insuficiente para la demanda existente, es por estos que se deberían realizar convenios de salud con unidades privadas para ampliar la cobertura actual y mejorar los servicios.

Referencias Bibliográficas

Casas, Juan. (2002). ***Inversión en Salud y Crecimiento Económico: Una perspectiva de América Latina y el Caribe***. Washington D.C: OMS, pág. 1.

CEPAR, (1997) ***El proceso de la reforma del sector de la salud***, Reforma de Salud
www.opsecu.org/bevestre/revistas/CEPAR/reformaecheverria.pdf pdf.

Constitución de la República del Ecuador Art. 300 y 301.

COPLAFIP, El Ciudadano. 24 de marzo de 2011, 16H30.

Giorgerti Armando, (2007 Chile) ***El presupuesto del Estado y su contribución a la salud***, Ediciones Temis, 7ma. Ed.

Grossman, M. ***"The Human Capital Model of the Demand for Health"***, NBER Working Papers 7078, National Bureau of Economic Research,
<http://www.who.int/entity/world-health-day/2009/es.pdf>.

Guerra, Carlyle, ***La extensión de la protección social en salud en el nuevo Estado latinoamericano, Situación de Salud***, <http://unpan1.un.org/intradoc/groups/public/documents/CLAD/CLAD0039301.pdf>.

Hernandez, José, (julio,2010), ***Inversión pública y crecimiento económico: Hacia una nueva perspectiva de la función del gobierno***,
http://www.izt.uam.mx/economiatyp/numeros/numeros/33/articulos_PDF/33_2_Articulo.pdf

Jiménez, Miguel, (2007) ***Presentación de propuesta de cifras probables***, Ministerio de finanzas,
http://serviciodeestudios.bbva.com/KETD/fbin/mult/100118_ObservatorioEconomicoEuropa_tcm346-213906.pdf?ts=322011

León, John Jairo, (2007), ***Keynesianism, PostKeynesianism and Newkeynesianism***, MPRA Paper No. 4600,p 4

López, Vicente, (1998 Madrid), ***Economía y Salud fundamentos y políticas***, Okios Monos, Políticas de Salud
www.eco.uc3m.es/.../Salud/2009.../1.1.%20Introduccion_%202009-2010.pdf

Mendoza, Juan León, (2004) ***¿Cuál es el rol del Estado en las políticas públicas?***

Ministerio Coordinador de la Política Económica. PNBV.

Ministerio de salud, (2009) Inversión en salud 2008, Ministerio de Salud.
[http://www.ministeriodesalud
pública.gob.ec
/Dir tecnica/Comercio%20Exterior/sgpplus.pdf](http://www.ministeriodesaludpublica.gob.ec/Dir tecnica/Comercio%20Exterior/sgpplus.pdf)

Moreno, Salvador, ***Equidad y crecimiento en el pensamiento keynesiano***
OMS/AISS, Informe sobre la inversión en la salud de los ciudadanos, Inversión en
salud, Informe técnico No. 10
de <http://.issa.int/esl/content/download/40634/790391/.../TR-10-3.pdf>.

Núñez, Jessica, (2010), ***El neoinstitucionalismo y el enfoque de la gobernanza en el análisis de las políticas públicas***, MPRA Paper No. 234, p 48

Organización Mundial de la Salud ***Preparación de indicadores para vigilar los progresos realizados en el logro de la salud para todos en el año*** <http://.docstoc.com/.../2000>
SENPLADES, PNBV

Villarruel, Carlos, ***Economía de la Salud una nueva Ciencia***, Gerencia de Salud,
<http://.gerenciasalud.com/art27>.

Viteri, Galo, (2004) ***Situación de la salud en el Ecuador***, Ministerio de Finanzas
www.eumed.net/cursecon/ecolat/ec/2007/gfvd-salud.pdf.

William, Jack, (1999 Washington) ***Principles of Health Economics for Developing Countries***, World Bank Publications,
http://.nhbs.com/principles_of_health_economics_for_developing_countries_tefno_99043.html.

World Health Organization, ***Temas de salud***, <http://www.who.int/entity/world-health-day/2003/es>.
www.esigef.finanzas.gob.ec

Younger, Stephen; Villafuerte, Mauricio y Jara, Lily, ***Incidencia y distribución del gasto público y función de la demanda de ecuador Gasto público***.
www.flacsoandes.org/biblio/catalog/resGet.pdf

Zeiwifel, Peter; Breyer, Freidrich, (1997 Londres) ***Health Economics***, Oxford University Press, pp. 25-26

Anexos

Anexo A

Operaciones del Gobierno Central período 2004 – 2008 (Base devengado millones de dólares)

Transacciones \ Período			Años			
			2005	2006	2007	2008 (p)
TOTAL INGRESOS			6.051,60	6.895,00	8.490,20	13.799,00
Petroteros	Por exportaciones		1.488,90	1.718,60	1.764,30	4.641,70
	Por venta de derivados		78,40	0,00	0,00	0,00
No Petroteros	Tributarios	- A los bienes y servicios - IVA	1.974,90	2.228,20	2.508,80	2.824,90
		- ICE	220,60	257,40	219,80	473,60
		- A la renta	936,60	1.068,00	1.268,00	2.338,60
		- A la circulación de capitales	-	-	-	-
		- Al comercio y transacciones internacionales: - Arancelarios	546,5	618,2	678,6	789,3
		- A la salida del país	-	-	-	-
		- A la compra de divisas	-	-	-	-
		- A las operaciones de crédito en m/n	-	-	-	-
		- A los vehículos	60,1	69,6	71,6	95,4
		- Otros	2,3	2,6	2,6	48
		No Tributarios		356,4	452,6	505,3
	Transferencias		386,9	479,9	1.471,20	1.618,20
TOTAL GASTOS (1)			6.232,10	7.011,00	8.627,30	14.413,20
Gastos Corrientes	Intereses	- Externos	630,7	714,2	733,7	652,2
		- Internos	224,5	227,5	181,6	144,7
	Sueldos		2.299,00	2.581,40	2.913,90	3.928,60
	Compra de bienes y servicios		355,2	458,5	537,4	844,6
	Otros		489,00	584,30	833,30	1.034,60
	Transferencias		722,1	776	800	1.879,90
Gastos de Capital	Formación bruta de capital fijo		828,60	829,40	1.671,80	4.307,90
	Otros		11,8	26	0	0
	Transferencias		671,2	813,7	955,7	1.620,70
AJUSTE DEL TESORO NACIONAL (2)				-28,3	-73,4	
DEFICIT (-) O SUPERAVIT (+)			-180,4	-87,7	-63,8	-614,2

(1) Los registros de gastos corresponden a valores devengados.

(2) Corresponden a gastos no ejecutados y reversados al Gobierno Central.

(3) Corresponde al tipo de cambio promedio simple de venta del mercado de intervención.

(p) Cifras provisionales.

Fuente: Ministerio de Coordinación de la Política Económica, Banco Central del Ecuador, Ministerio de Recursos Naturales No Renovables, Subsecretaría de Consistencia Macro fiscal Ministerio de Finanzas del Ecuador

Anexo B

Principales Indicadores Macroeconómicos 2011-2015 Provisional

Principales Indicadores Macroeconómicos 2011-2015 PROVISIONAL					
Variables	2011 (e)	2012 (e)	2013 (e)	2014 (e)	2015 (e)
A. SECTOR REAL					
Inflación promedio del período	4,13%	3,93%	3,79%	3,67%	3,57%
Crecimiento real PIB	5,24%	4,20%	4,88%	3,91%	3,02%
Crecimiento real PIB no petrolero	5,43%	5,18%	4,65%	3,95%	3,93%
Crecimiento real PIB petrolero	4,83%	-2,38%	6,58%	3,61%	-3,38%
PIB nominal (millones dólares)	65.145	70.996	78.196	83.915	88.725
PIB ramas petroleras	11.580	11.373	13.029	13.601	13.073
PIB ramas no petroleras	53.566	59.623	65.168	70.314	75.652
Tasa de variación del deflactor del PIB	6,77%	4,59%	5,01%	3,28%	2,63%
B. SECTOR PETROLERO					
Volumen producción fiscalizada de petróleo (millones de barriles)	182,0	188,0	204,1	201,0	191,1
Volumen exportaciones de crudo (millones de barriles)	123,4	137,6	154,9	142,1	131,7
Volumen exportaciones de derivados (millones de barriles)	10,8	3,9	2,5	5,9	9,5
Precio promedio de exportación de crudo (USD/barril) 1/	89,8	93,1	94,7	96,1	96,1
Precio promedio de exportación de derivados (USD/barril) 1/	82,5	85,1	90,1	90,6	89,5
Volumen importaciones de derivados (millones de barriles)	39,2	47,7	50,5	50,5	54,8
Precio promedio FOB para importación de derivados (USD/barril) 1/	97,2	101,8	104,8	106,0	106,7
Precio promedio CIF para importación de derivados (USD/barril) 1/	106,8	111,9	115,1	116,5	117,2
C. SECTOR EXTERNO					
En millones de USD					
Balanza Comercial (comercio registrado)	-1.062	-1.325	-747	-1.155	-1.323
Petrolera	7.759	8.085	9.415	8.695	7.622
EXPORTACIONES PETROLERAS	11.982	13.139	14.901	14.192	13.508
PETROLEO CRUDO					
Valor (millones de USD FOB)	11.090	12.808	14.674	13.658	12.659
Volumen (millones de barriles)	123,4	137,6	154,9	142,1	131,7
Precio unitario (USD por barril)	89,8	93,1	94,7	96,1	96,1
DERIVADOS DE PETROLEO					
Valor (millones de USD FOB)	892	331	227	534	849
Volumen (millones de barriles)	10,8	3,9	2,5	5,9	9,5
Precio unitario (USD por barril)	82,5	85,1	90,1	90,6	89,5
IMPORTACIONES PETROLERAS (millones de USD FOB)	4.223	5.054	5.486	5.497	5.886
No Petrolera	-8.821	-9.410	-10.161	-9.849	-8.945
Exportaciones No Petroleras (millones de USD FOB) CAE	8.419	9.212	10.181	12.336	15.171
Exportaciones Tradicionales (millones de USD FOB)	3.950	4.090	4.238	4.431	4.632
Exportaciones No Tradicionales (millones de USD FOB)	4.469	5.123	5.943	7.905	10.538
Importaciones No Petroleras (millones de USD FOB)	17.240	18.622	20.342	22.185	24.115
Bienes de Consumo (millones de USD FOB) 2/	4.622	4.887	5.189	5.486	5.783
Materias Primas (millones de USD FOB)	6.747	7.271	7.959	8.720	9.545
Bienes de Capital (millones de USD FOB)	5.805	6.393	7.117	7.896	8.699
Diversos (millones de USD FOB)	66	72	78	82	88
Notas:					
1/ Los precios se basan en las proyecciones del WTI publicado por la Oficina de Administración de la Información de la Energía de los Estados Unidos (EIA) y Bloomberg, abril 2011					
2/ Incluye importaciones de la ex- Junta de Defensa Nacional (HJDN)					

Fuente: Ministerio de Coordinación de la Política Económica, Banco Central del Ecuador, Ministerio de Recursos Naturales No Renovables, Subsecretaría de Consistencia Macro fiscal Ministerio de Finanzas del Ecuador

Anexo C

Programación Fiscal Presupuesto General del Estado en Millones de USD

	2012 Proy	2013 Proy	2014 Proy	2015 Proy
Total De Ingresos Y Financiamiento	21,796	23,513	23,884	23,656
Total De Ingresos	17,905	19,239	19,207	19,262
Ingresos Petroleros	5,470	5,760	4,845	4,151
Ingresos No Petroleros	12,434	13,480	14,361	15,111
Ingresos Tributarios	10,732	11,737	12,541	13,246
Impuesto A La Renta	2,822	3,031	3,380	3,693
IVA	5,108	5,689	6,148	6,411
Vehiculos	338	375	417	463
ICE	714	781	837	866
Salida De Divisas	395	422	323	323
Aranceles	1,159	1,244	1,326	1,379
Otros	195	195	110	110
No Tributarios	1,417	1,443	1,505	1,540
Transferencias	286	300	315	326
Total De Financiamiento	3,891	4,274	4,677	4,394
Desembolsos Internos	872	740	1,164	1,520
Desembolsos Externos	2,985	3,289	2,957	2,357
Disponibilidades Y Otros	-	50	50	100
Cuentas por Pagar	34	194	393	417
Otros	-	-	113	-
Total De Gastos, Amortizaciones Y Otros	21,796	23,513	23,884	23,656
Total De Gastos	19,837	21,452	21,781	21,793
Gastos Permanente	12,139	13,118	13,576	13,825
Sueldos Y Salarios	7,293	8,007	8,362	8,457
Bienes Y Servicios	1,423	1,457	1,493	1,529
Intereses	883	1,004	1,083	1,155
Transferencias	2,540	2,650	2,639	2,684
Gasto No Permanente	7,698	8,334	8,205	7,968
Amortizaciones	1,465	1,712	2,102	1,862
Deuda Interna	173	391	869	381
Deuda Externa	1,293	1,321	1,233	1,481
Otros Pasivos	494	349	-	-
PLAN ANUAL DE INVERSIONES	4,714	4,706	4,498	4,191

Fuente: Subsecretaría de Consistencia Macrofiscal Cifras provisionales.
Elaboración: Ministerio de Finanzas

Anexo D

Principales causas de muerte materna. Ecuador 2010

ORDEN	CÓDIGO CIE-10	CAUSAS DE MUERTE MATERNA	NÚMERO	%	TASA 1/
	000-099	TOTAL DE MUERTES MATERNAS	203	100,0	92,6
1	O99	OTRAS ENFERMEDADES MATERNAS CLASIFICABLES EN OTRA PARTE, PERO QUE COMPLICAN EL EMBARAZO, EL PARTO Y EL PUERPERIO	37	18,2	16,9
2	O14	HIPERTENSIÓN GESTACIONAL [INDUCIDA POR EL EMBARAZO] CON PROTEINURIA SIGNIFICATIVA	36	17,7	16,4
3	O15	ECLAMPSIA	31	15,3	14,1
4	O72	HEMORRAGIA POSTPARTO	21	10,3	9,6
5	O62	ANORMALIDADES DE LA DINÁMICA DEL TRABAJO DE PARTO	11	5,4	5,0
6	O85	SEPSIS PUERPERAL	11	5,4	5,0
7	O95	MUERTE OBSTÉTRICA DE CAUSA NO ESPECIFICADA	8	3,9	3,7
8	O45	DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE LA PLACENTA [ABRUPTIO PLACENTAE]	5	2,5	2,3
9	O13	HIPERTENSIÓN GESTACIONAL [INDUCIDA POR EL EMBARAZO] SIN PROTEINURIA SIGNIFICATIVA	4	2,0	1,8
10	O36	ATENCIÓN MATERNA POR OTROS PROBLEMAS FETALES CONOCIDOS O PRESUNTOS	4	2,0	1,8
11	O44	PLACENTA PREVIA	4	2,0	1,8
12	O90	COMPLICACIONES DEL PUERPERIO, NO CLASIFICADAS EN OTRA PARTE	4	2,0	1,8
13	O24	DIABETES MELLITUS EN EL EMBARAZO	3	1,5	1,4
14	O26	ATENCIÓN A LA MADRE POR OTRAS COMPLICACIONES PRINCIPALMENTE RELACIONADAS CON EL EMBARAZO	3	1,5	1,4
15	O71	OTRO TRAUMA OBSTÉTRICO	3	1,5	1,4
16	O73	RETENCIÓN DE LA PLACENTA O DE LAS MEMBRANAS, SIN HEMORRAGIA	3	1,5	1,4
17	O98	ENFERMEDADES MATERNAS INFECCIOSAS Y PARASITARIAS CLASIFICABLES EN OTRA PARTE, PERO QUE COMPLICAN EL EMBARAZO, EL PARTO Y EL PUERPERIO	3	1,5	1,4
18	O00	EMBARAZO ECTÓPICO	2	1,0	0,9
		RESTO DE CAUSA MATERNAS	10	4,9	4,6
TOTAL DE NACIDOS VIVOS 2/			219.162		

Fuente: INEC, Anuario de Estadísticas Vitales: Nacimientos y Defunciones. Año 2010

1/ Tasa por 1.000 nacidos vivos ocurridos y registrados en el año 2010

2/ El dato se refiere a los nacimientos ocurridos y registrados en el año 2010

Elaboración: INEC

Anexo E

Principales Causas de Mortalidad General. Año 2010

			POBLACIÓN ESTIMADA 2010	14.204.900		
			TOTAL DE DEFUNCIONES	61.681		
			TASA DE MORTALIDAD GENERAL (x 10.000 hab.)	43,4		
Nº Orden	CÓDIGO L.C.	CÓD. CIE-10 DETALLADA	CAUSAS DE MUERTE	Número	%	Tasa
1	34	I10-I15	ENFERMEDADES HIPERTENSIVAS	4.309	7,0	30,3
2	26	E10-E14	DIABETES MELLITUS	4.017	6,5	28,3
3	46	J10-J18	INFLUENZA Y NEUMONÍA	3.361	5,4	23,7
4	57	V00-V89	ACCIDENTES DE TRANSPORTE TERRESTRE	3.304	5,4	23,3
5	42	I60-I69	ENFERMEDADES CEREBROVASCULARES	3.269	5,3	23,0
6	64	X85-Y09	AGRESIONES (HOMICIDIOS)	2.330	3,8	16,4
7	35	I20-I25	ENFERMEDADES ISQUÉMICAS DEL CORAZÓN	1.998	3,2	14,1
8	51	K70-K76	CIRROSIS Y OTRAS ENFERMEDADES DEL HÍGADO	1.933	3,1	13,6
9	41	I50-I51	INSUFICIENCIA CARDÍACA, COMPLICACIONES Y ENFERMEDADES MAL DEFINIDAS	1.850	3,0	13,0
10	55	P00-P96	CIERTAS AFECCIONES ORIGINADAS EN EL PERÍODO PRENATAL	1.618	2,6	11,4
11	53	N00-N39	ENFERMEDADES DEL SISTEMA URINARIO	1.592	2,6	11,2
12	09	C16	NEOPLASIA MALIGNA DEL ESTÓMAGO	1.567	2,5	11,0
13	47	J40-J47	ENFERMEDADES CRÓNICAS DE LAS VÍAS RESPIRATORIAS INFERIORES	1.209	2,0	8,5
14	24	C81-C96	NEOPLASIA MALIGNA DEL TEJIDO LINFÁTICO, ÓRGANOS HEMATOPOYÉTICOS Y TEJIDOS AFINES	969	1,6	6,8
15	63	X80-X84	LESIONES AUTOINFLINGIDAS INTENCIONALMENTE (SUICIDIO)	913	1,5	6,4
16	65	Y10-Y34	EVENTOS DE INTENCIÓN NO DETERMINADA	870	1,4	6,1
17	20	C61	NEOPLASIA MALIGNA DE LA PRÓSTATA	868	1,4	6,1
18	06	A40-A41	SEPTICEMIA	790	1,3	5,6
19	07	B20-B24	ENFERMEDAD POR VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA (VIH)	727	1,2	5,1
20	18	C53-C55	NEOPLASIA MALIGNA DEL ÚTERO	722	1,2	5,1
21	15	C33-C34	NEOPLASIA MALIGNA DE LA TRÁQUEA, BRONQUIOS Y PULMÓN	707	1,1	5,0
22	56	Q00-Q99	MALFORMACIONES CONGÉNITAS, DEFORMIDADES Y ANOMALÍAS CROMOSÓMICAS	694	1,1	4,9
23	11	C22	NEOPLASIA MALIGNA DEL HÍGADO Y DE LAS VÍAS BILIARES	693	1,1	4,9
24	10	C18-C21	NEOPLASIA MALIGNA DEL COLON, SIGMOIDE, RECTO Y ANO	617	1,0	4,3
25	48	J80-J84	EDEMA PULMONAR Y OTRAS ENFERMEDADES RESPIRATORIAS QUE AFECTAN AL INTERSTICIO	588	1,0	4,1
	88		RESTO DE CAUSAS	14.381	23,3	-
	99	R00-R99	CAUSAS MAL DEFINIDAS	5.785	9,4	40,7

Las Tasas de Mortalidad por causas, están relacionadas por 100.000 habitantes, por efectos de comparación internacional.

Fuente: INEC, Anuario de Estadísticas Vitales: Nacimientos y Defunciones. Año 2010

Elaboración: INEC

Anexo F

Número de Camas Hospitalarias disponibles según provincias. Años 2000 - 2010

PROVINCIAS	2000		2010	
	Número	%	Número	%
TOTAL	19.564	100,0	23.784	100,0
AZUAY	1.223	6,3	1.340	5,6
BOLÍVAR	119	0,6	159	0,7
CAÑAR	230	1,1	282	1,2
CARCHI	162	0,8	163	0,7
COTOPAXI	350	1,8	422	1,8
CHIMBORAZO	455	2,6	607	2,6
IMBABURA	361	1,8	461	1,9
LOJA	657	3,3	792	3,3
PICHINCHA	5.083	26,0	4.981	20,9
TUNGURAHUA	755	3,9	1.606	6,8
SANTO DOMINGO DE LOS TSACHILAS	0	0,0	474	2,0
EL ORO	721	3,8	931	3,9
ESMERALDAS	453	2,5	443	1,9
GUAYAS	6.570	32,9	7.060	29,7
LOS RÍOS	582	2,6	1.249	5,3
MANABÍ	1.221	6,4	1.813	7,6
SANTA ELENA	0	0,0	217	0,9
MORONA SANTIAGO	128	0,6	197	0,8
NAPO	117	0,9	149	0,6
PASTAZA	112	0,8	122	0,5
ZAMORA CHINCHIPE	77	0,4	87	0,4
SUCUMBÍOS	89	0,3	114	0,5
ORELLANA	69	0,4	105	0,4
GALÁPAGOS	30	0,2	30	0,1
ZONAS NO DELIMITADAS	0	0,0	0	0,0

Fuente: Anuario de estadísticas hospitalarias: camas y egresos - INEC 2010
Elaboración: INEC

Anexo G

Población estimada, número de camas disponibles y de dotación normal. Años 1992 – 2010

AÑOS	POBLACIÓN AL 30-Jun 1/	NÚMERO DE CAMAS HOSPITALARIAS DISPONIBLES	CAMAS POR 1000 HABITANTES	PORCENTAJE DE OCUPACIÓN DE CAMAS DISPONIBLES	RENDIMIENTO O GIRO DE CAMAS	NÚMERO DE CAMAS HOSPITALARIAS DE DOTACIÓN NORMAL 2/	EGRESOS HOSPITALARIOS	EGRESOS POR 1.000 HABITANTES	PROMEDIO DÍAS DE ESTADA	DEFUNCIONES HOSPITALARIAS	DEFUNCIONES HOSPIT. POR 1000 HABITANTES
1992	10.735.970	17.253	1,6	57,5	32	18.389	556.881	51,9	6,5	10.070	0,9
1993	10.965.114	17.345	1,6	58,0	32	18.585	561.885	51,2	6,2	10.172	0,9
1994	11.186.757	17.573	1,6	53,4	32	18.676	564.485	50,5	6,0	10.000	0,9
1995	11.396.692	17.804	1,6	53,4	33	18.873	583.056	51,2	5,9	10.546	0,9
1996	11.591.128	18.030	1,6	53,8	34	19.252	613.809	53,0	5,8	11.390	1,0
1997	11.772.871	18.510	1,6	49,7	32	19.601	600.806	51,0	5,6	10.775	0,9
1998	11.947.586	18.821	1,6	49,2	34	19.642	631.557	52,9	5,4	11.521	1,0
1999	12.120.981	19.083	1,6	47,4	33	20.122	635.766	52,5	5,2	10.830	0,9
2000	12.298.745	19.564	1,6	46,3	34	20.586	671.909	54,6	4,9	10.454	0,9
2001	12.479.924	20.171	1,6	44,6	34	21.177	681.711	54,6	4,8	9.990	0,8
2002	12.660.728	19.653	1,6	45,3	36	20.455	707.825	55,9	4,6	10.337	0,8
2003	12.842.578	18.544	1,4	50,2	39	19.975	723.494	56,3	4,7	10.442	0,8
2004	13.026.891	21.200	1,6	46,3	36	22.981	763.643	58,6	4,7	10.507	0,8
2005	13.215.089	21.368	1,6	45,8	38	23.195	802.943	60,8	4,4	11.092	0,8
2006	13.408.270	19.945	1,5	51,6	43	21.513	863.037	64,4	4,4	10.839	0,8
2007	13.805.485	20.523	1,5	55,5	45	21.862	920.047	67,6	4,5	12.132	0,9
2008	13.805.095	21.473	1,6	54,1	46	23.680	983.286	71,2	4,3	13.550	1,0
2009	14.005.449	22.364	1,6	53,6	46	25.113	1.031.957	73,7	4,2	14.085	1,0
2010	14.204.900	23.784	1,7	51,3	46	26.177	1.090.263	76,8	4,1	15.299	1,1

Fuente: Ecuador. Estimaciones y Proyecciones de Población 1950-2010. Inec-Cepal
Serie OI No. 205
Elaboración: Inec-Cepal